

**Frauen in der erwerblichen Rehabilitation -  
zur Frage differentieller Rehabilitationsprofile am  
Beispiel von Klientinnen der Invalidenversicherung**

**Abhandlung  
zur Erlangung der Doktorwürde  
der Philosophischen Fakultät  
der Universität Zürich**

vorgelegt von  
Gian Franco Josef Arnold-Keller

von  
Altishofen / Nebikon LU

Angenommen auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Wilfried Schley  
und Frau Prof. Dr. Ingeborg Kriwet

Edition à la Carte, Zürich, 2004



# Abbildungsverzeichnis

## Kapitel 2:

- Abbildung 2.1.: Das bio-psycho-soziale Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung der WHO (dargestellt in Anlehnung an Schuntermann, 1999)
- Abbildung 2.2.: Vier Arbeitsschritte zur Untersuchung der Konzeption der Interventionsmassnahme
- Abbildung 2.3.: Grundlagenmodell der erwerblichen Rehabilitation
- Abbildung 2.4.: Zwei Arbeitsschritte zur Identifizierung differentieller Persönlichkeitsprofile und Schlussfolgerungen

## Kapitel 3:

- Abbildung 3.1.: Entscheidungsprozess bei der Bestimmung des Invaliditätsausmasses bei erwerbstätigen Personen
- Abbildung 3.2.: Entscheidungsprozess bei der Bestimmung des Invaliditätsausmasses bei nicht-erwerbstätigen Personen im ‚häuslichen Aufgabenbereich‘
- Abbildung 3.3.: Definitionselemente des Begriffs ‚Invalidität‘
- Abbildung 3.4.: Berechnung des Invaliditätsgrades im häuslichen Aufgabenbereich
- Abbildung 3.5.: Folge- und Nebenwirkungen erwerblicher Rehabilitationsmassnahmen der Invalidenversicherung

## Kapitel 4:

- Abbildung 4.1.: Grundlagenmodell der erwerblichen Rehabilitation

## Kapitel 5:

- Abbildung 5.1.: Merkmale der Handlungs- und Lageorientierung
- Abbildung 5.2.: Bewältigungsformen (BF)
- Abbildung 5.3.: Bewältigungsverlauf von Frau G.
- Abbildung 5.4.: Vorgehen bei der Faktorenanalyse
- Abbildung 5.5.: Vorgehen bei der Clusteranalyse
- Abbildung 5.6.: Vorgehen bei der Diskriminanzanalyse

Abbildung 5.7.: Detailanalyse der differentiellen Rehabilitationstypen

## **Kapitel 6:**

Abbildung 6.1.: ‚Sree‘-Test-Ergebnis, mit eingezeichnetem ‚Kaiser‘-Kriterium

Abbildung 6.2.: Clustermerkmale für die Gruppe ‚strebsam-zufriedener Typ‘ (N = 20; die Darstellung bezieht sich auf die Stanine-Skala, die von 1 – 9 reicht und deren Mittelwert 5 beträgt)

Abbildung 6.3.: Clustermerkmale für die Gruppe ‚resignativ-unzufriedener Typ‘ (N = 45; die Darstellung bezieht sich auf die Stanine-Skala, die von 1 – 9 reicht und deren Mittelwert 5 beträgt)

Abbildung 6.4.: Clustermerkmale für die Gruppe ‚angepasst-pflichtbewusster Typ‘ (N = 28; die Darstellung bezieht sich auf die Stanine-Skala, die von 1 – 9 reicht und deren Mittelwert 5 beträgt)

Abbildung 6.5.: Belastungserleben des ‚sorgsam-zufriedenen Rehabilitationstyps‘

Abbildung 6.6.: Belastungserleben des ‚resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstyps‘

Abbildung 6.7.: Belastungserleben des ‚angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstyps‘

Abbildung 6.8.: Formen der Arbeitszufriedenheit – Abbildung in Anlehnung an Bruggemann, 1976, S. 71 f.

Abbildung 6.9.: Beratungsverlauf zum ‚strebsam-zufriedenen Typ‘ (N = 20)

Abbildung 6.10.: Verlauf der *Handlungsorientierung* von t1 bis t4 des ‚strebsam-zufriedenen Typs‘; aufgeschlüsselt nach vier unterschiedlichen Arten von Bewältigungsversuchen (N = 20)

Abbildung 6.11.: Verlauf der *Lageorientierung* von t1 bis t4 des ‚strebsam-zufriedenen Typs‘; aufgeschlüsselt nach drei unterschiedlichen Arten von Bewältigungsversuchen (N = 20)

Abbildung 6.12.: Beratungsverlauf zum ‚resignativ-unzufriedenen Typ‘ (N = 45)

Abbildung 6.13.: Verlauf der *Handlungsorientierung* von t1 bis t4 des ‚resignativ-unzufriedenen Typs‘; aufgeschlüsselt nach vier unterschiedlichen Arten von Bewältigungsversuchen (N = 45)

Abbildung 6.14.: Verlauf der *Lageorientierung* von t1 bis t4 des ‚resignativ-unzufriedenen Typs‘; aufgeschlüsselt nach drei unterschiedlichen Arten von Bewältigungsversuchen (N = 45)

Abbildung 6.15.: Beratungsverlauf zum ‚angepasst-pflichtbewussten Typ‘ (N = 28)

Abbildung 6.16.: Verlauf der *Handlungsorientierung* von t1 bis t4 des ‚angepasst-pflichtbewussten Typs‘; aufgeschlüsselt nach vier unterschiedlichen Arten von Bewältigungsversuchen (N = 28)

Abbildung 6.17.: Verlauf der *Lageorientierung* von t1 bis t4 des ‚angepasst-pflichtbewussten Typs‘; aufgeschlüsselt nach drei unterschiedlichen Arten von Bewältigungsversuchen (N = 28)

## **Kapitel 7:**

Abbildung 7.1.: Herkömmliche Berechnung des Invaliditätsgrades im häuslichen Aufgabenbereich nach Invalidengesetzgebung

Abbildung 7.2.: Ermittlung der mutmasslichen Einkommensverhältnisse – Vorschlag zur Durchführung

Abbildung 7.3.: Interventionsmodell der erwerblichen Rehabilitation

Abbildung 7.4.: Operationsmodi und Themenbereiche innerhalb einer Beratungssituation

## Tabellenverzeichnis

### Kapitel 5:

Tabelle 5.1.:	Beschreibung der Stichprobe
Tabelle 5.2.:	Rahmenbedingungen der Studie
Tabelle 5.3.:	Erhebung erfolgskritischer Ereignisse mittels qualitativer Interviews

### Kapitel 6:

Tabelle 6.1.:	Sekundärfaktorenstruktur bei einer Stichprobe von N = 94
Tabelle 6.2.:	Univariate Trennfähigkeit der Merkmalsvariablen
Tabelle 6.3.:	Eigenwerte der Diskriminationsfunktionen und Auswahl von Merkmalsvariablen hinsichtlich ihrer diskriminatorischen Bedeutung
Tabelle 6.4.:	Klassifikationsmatrix für N = 93
Tabelle 6.5.:	Ausmass des grundsätzlichen psychischen Belastungserlebens der Probandinnen (N = 93) (T-Wert zum globalen GSI tabellarisch bestimmt gemäss Handbuch zum SCL-90-R von Franke, 1995, S. 97 – 99; Kriterien: Frauen mit Haupt- und Realschulabschluss)
Tabelle 6.6.:	Gesamttafel zu ‚Rehabilitationstyp‘ x ‚Belastungserleben‘ x ‚Arbeitspensum‘ (N = 93)
Tabelle 6.7.:	Teiltabel zu ‚Rehabilitationstyp‘ x ‚Ausmass der Erwerbstätigkeit‘ (N = 48)
Tabelle 6.8.:	Teiltabel zu ‚Rehabilitationstyp‘ x ‚Ausmass der Erwerbstätigkeit‘ (N = 93)
Tabelle 6.9.:	Gesamttafel zu ‚Belastungserleben‘ x ‚Ausmass der Erwerbstätigkeit‘ (N = 93)
Tabelle 6.10.:	Teiltabel zu ‚Belastungserleben‘ x ‚Ausmass der Erwerbstätigkeit‘ (N = 62)
Tabelle 6.11.:	Teiltabel zu ‚Belastungserleben‘ x ‚Ausmass der Erwerbstätigkeit‘ (N = 93)
Tabelle 6.12.:	Teiltabel zu ‚Belastungserleben‘ x ‚Ausmass der Erwerbstätigkeit‘ (N = 85)

Tabelle 6.13.:	Belastungserleben x Arbeitspensum beim ‚strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyp‘ (N = 20)
Tabelle 6.14.:	Belastungserleben x Arbeitspensum beim ‚resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstyp‘ (N = 45)
Tabelle 6.15.:	Belastungserleben x Arbeitspensum beim ‚angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstyp‘ (N = 20)
Tabelle 6.16.:	Verteilung des Ausmasses der Zufriedenheit mit dem Einkommen nach Eintritt des Gesundheitsschadens, jeweils nach Rehabilitationstyp
Tabelle 6.17.:	Beobachtete Häufigkeiten zur Zufriedenheit mit dem Einkommen (nach Eintritt des Gesundheitsschadens) beim Rehabilitationstyp ‚strebsam-zufrieden‘
Tabelle 6.18.:	Beobachtete Häufigkeiten zur Zufriedenheit mit dem Einkommen (nach Eintritt des Gesundheitsschadens) beim Rehabilitationstyp ‚resignativ-unzufrieden‘
Tabelle 6.19.:	Beobachtete Häufigkeiten zur Zufriedenheit mit dem Einkommen (nach Eintritt des Gesundheitsschadens) beim Rehabilitationstyp ‚angepasst-pflichtbewusst‘
Tabelle 6.20.:	Übersichtstabelle zur Häufigkeit ‚Belastungserleben‘ vs. ‚Zufriedenheit mit dem Einkommen‘ – relativ zu den drei Rehabilitationstypen (N = 93)
Tabelle 6.21.:	Gesamttafel zur Häufigkeitsverteilung ‚Zufriedenheit mit dem Einkommen‘ und ‚mittleres Belastungserleben‘ in Bezug auf die differentiellen Rehabilitationstypen (N = 54)
Tabelle 6.22.:	Erste Teiltabelle zur Häufigkeitsverteilung ‚Zufriedenheit mit dem Einkommen‘ und ‚mittleres Belastungserleben‘ in Bezug auf die Rehabilitationstypen ‚strebsam-zufrieden‘ und ‚resignativ-unzufrieden‘ (N = 26)
Tabelle 6.23.:	Zweite Teiltabelle zur Häufigkeitsverteilung ‚Zufriedenheit mit dem Einkommen‘ und ‚mittleres Belastungserleben‘ in Bezug auf die Rehabilitationstypen ‚strebsam-zufrieden‘ (N = 54)
Tabelle 6.24.:	Ergebnistabelle zur Querschnitt- und Längsschnittstudie – Zusammenfassung erster Teil
Tabelle 6.25.:	Ergebnistabelle zur Querschnitt- und Längsschnittstudie – Zusammenfassung zweiter Teil

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	3
Tabellenverzeichnis .....	6
<b>Vorwort</b> .....	11
<b>1. Problematik und Forschungsinteresse</b> .....	13
1.1. Die Ausgangslage: Arbeitsunfähigkeit und erwerbliche Rehabilitation .....	13
1.2. Die Erwerbslage: Atypische Beschäftigungsformen auf dem Hintergrund der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit .....	14
1.3. Die gesetzgeberische Problematik: Geschlechtsneutral ausgestaltete Regelungen der Invalidenversicherung – unterschiedliche Auswirkungen auf die beiden Geschlechter .....	17
1.4. Das Forschungsinteresse: Rehabilitation und Geschlecht .....	18
1.4.1. Berufliche Wiedereingliederung 1: Einflussfaktoren auf die Erwerbsfähigkeit .....	20
1.4.2. Berufliche Wiedereingliederung 2: Einflussfaktoren auf die Reintegration ins Erwerbsleben .....	25
<b>2. Rahmenkonzept der Studie</b> .....	30
2.1. Klärung untersuchungsrelevanter Begriffe .....	30
2.1.1. Phasen und Formen wissenschaftlicher Forschung .....	30
2.1.2. Funktionen und Ebenen organisatorischer Interventionsmassnahmen .....	33
2.2. Kriterien der Wirksamkeit organisatorischer Interventionsmassnahmen .....	36
2.3. Betrachtung der Interventionskonzeption: Vier Arbeitsschritte .....	38
2.4. Betrachtung der Implementation auf der Grundlage eines Modells der erwerblichen Rehabilitation .....	41
2.5. Differentielle Persönlichkeitsprofile der Belastungsbewältigung - Identifikation und Betrachtung ihrer interventionsgebundenen Wirkung auf erwerblich-rehabilitative Massnahmen der Invalidenversicherung .....	43
<b>3. Konzeption der Schweizerischen Invalidengesetzgebung</b> .....	46
3.1. Bereichsspezifität der Interventionsmassnahme .....	46
3.2. Ausgestaltung der Interventionsmassnahme .....	49
3.2.1. Der Invaliditätsbegriff und seine Folgen 1: Unterschiedliche Entscheidungsprozesse bei der Bestimmung des Invaliditätsausmasses von Männern und Frauen .....	49
3.2.2. Der Invaliditätsbegriff und seine Folgen 2: Unterschiedliche Nutzung der beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten durch die Geschlechter .....	52



3.2.3.	Durchführung von Eingliederungsmassnahmen - das Leistungsspektrum .....	54
3.3.	Entscheidung der Auswahl diagnostischer Verfahren zur Bestimmung des Kausalzusammenhanges zwischen Gesundheitsschaden und Erwerbsunfähigkeit .....	55
3.4.	Bewertung und Kritik der Rehabilitationsmassnahme und der Intervention .....	62
<b>4.</b>	<b>Implementation und Implementationsvergleich .....</b>	<b>73</b>
4.1.	Die Dimension des 'Gesundheitsschadens' .....	73
4.2.	Gesundheitsschaden und Bewältigung .....	76
4.3.	Wer definiert eine gelungene Bewältigung der durch eine Behinderung eingeschränkten Erwerbsfähigkeit? .....	83
4.4.	Die bundesdeutsche und die schweizerische Konzeption der erwerblichen Rehabilitation erwerbsunfähiger Frauen - ein länderübergreifender Vergleich .....	86
<b>5.</b>	<b>Zur Erfassung der differentiellen Persönlichkeitsprofile - theoretischer Hintergrund und empirisches Instrumentarium .....</b>	<b>92</b>
5.1.	Das Projekt "Auseinandersetzung mit Belastungen" .....	92
5.1.1.	Das transaktionale Stressmodell .....	92
5.1.2.	Handlungskontrolle und Stressverarbeitung .....	98
5.1.3.	Balance zwischen Anforderungen und Ressourcen im Rahmen des Bewältigungsprozesses .....	101
5.2.	Fragestellung und Vorgehensweise - Stichprobe und Methodenauswahl .....	103
5.3.	Definition des Begriffs 'Bewältigungsversuch' - exemplarisches Beispiel .....	115
5.4.	Zur Auswahl der 'Persönlichkeitsdispositionen' - verwendete Testverfahren .....	118
5.5.	Empirisches Rahmenmodell zur Identifikation rehabilitationsförderlicher und rehabilitationsbehindernder Variablen bei der Reintegration erwerbsfähiger Frauen - differentielle Persönlichkeitsprofile als eigenständige Rehabilitationstypen .....	120
<b>6.</b>	<b>Ergebnisse der empirischen Explorativuntersuchung: Differentielle Persönlichkeitsprofile - ihr Einfluss als interventionsgebundener Faktor auf den Verlauf der erwerblichen Rehabilitation ...</b>	<b>125</b>
6.1.	Ergebnisse der explorativen Faktorenanalyse - Bestimmung der Grundfaktoren .....	125
6.2.	Ergebnisse der Clusteranalyse - Identifikation der Rehabilitationstypen .....	130
6.3.	Ergebnisse der Diskriminanzanalyse - Unterschiede und Übereinstimmungen zwischen den Rehabilitationstypen .....	138
6.4.	Rehabilitationstyp und Belastungserleben .....	141
6.5.	Rehabilitationstyp - Arbeitspensum - Belastungserleben .....	147
6.6.	Rehabilitationstypus und Zufriedenheit mit dem Einkommen .....	157
6.7.	Zusammenfassung der Ergebnisse der Querschnittanalyse .....	169
6.8.	Rehabilitationsverlauf und Orientierungsmodus - eine Längsschnittanalyse .....	171

6.9.	Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Längsschnittstudie - Betrachtung auf dem Hintergrund der Querschnittsergebnisse .....	187
7.	<b>Diskussion und praktische Relevanz der Ergebnisse für die erwerbliche Rehabilitationspraxis</b> .....	192
7.1.	Ergebnisse und Ansatzpunkte zur Evolution der invalidenversicherungsrechtlichen Grundlagen der erwerblichen Rehabilitation behinderter Frauen .....	192
7.2.	Ergebnisse und Diskussion der empirisch-statistischen Studie zum Bewältigungsverhalten - Ansatzpunkte zur Evolution der Grundlagenforschung zur erwerblichen Rehabilitation .....	204
7.3.	Ansatzpunkte zur Evolution der Praxis der erwerblichen Rehabilitation .....	211
7.3.1.	Erster Ansatzpunkt einer evolutionär ausgerichteten Weiterentwicklung - pluridisziplinär ausgerichtete erwerbliche Rehabilitation .....	212
7.3.2.	Zweiter Ansatzpunkt einer evolutionär ausgerichteten Weiterentwicklung - Anwendungsperspektiven zur Praxis der erwerblichen Rehabilitationsberatung .....	217
	Literaturverzeichnis .....	234
	Lebenslauf .....	272

## Vorwort

Aversive Erfahrungen sind Teil der Lebenswirklichkeit. So können sie sich auf bereits eingetretene Ereignisse wie beispielsweise eine Verletzung, eine Erkrankung oder gar auf den Verlust einer nahestehenden Person beziehen. Es kann sich aber auch um die Antizipation künftiger Nachteile handeln, etwa die Folgen des Versagens bei einer bevorstehenden Stellensuche.

Mit einer Behinderung möglichst autonom zu leben, erfordert viel Energie von der betroffenen Person selber und von ihrem Umfeld. Dies trifft gleichwohl auf Frauen wie auf Männer zu – so könnte man zunächst meinen.

Die Realität zeigt aber, dass sich Frauen und Männer hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Einschränkungen und folglich hinsichtlich ihrer Gesundheitsbedürfnisse unterscheiden. Im akutmedizinischen Bereich ist diese Tatsache inzwischen einigermaßen bekannt: Im Durchschnitt schätzen Frauen ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu Männern schlechter ein, Frauen haben häufiger psychische und psychosomatische Erkrankungen und nehmen Leistungen des Gesundheitssystems stärker in Anspruch. Wenn sie sich in Behandlung begeben, werden Frauen häufiger Medikamente verschrieben und weniger invasiven Massnahmen ausgesetzt (für eine ausgezeichnete Übersicht vgl. Hurrelmann, 2000).

Ob auch im Bereich der erwerblichen Rehabilitation geschlechtsspezifische Besonderheiten existieren, wurde bisher nur wenig untersucht: Geschlechtsspezifische Unterschiede zeichnen sich nach den bisherigen Erkenntnissen (vgl. hierzu Worringer & Zwingmann, 2001) vor allem bei den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und in der Anspruchnahme von beruflichen Rehabilitationsmassnahmen ab: Frauen mit Behinderungen sind in der Schweizerischen Invalidenversicherung (IV) gegenüber Männern häufig schlechter gestellt. Die traditionelle Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern – und besonders das sich hartnäckig haltende Bild davon – hat auch in der IV diskriminierende Auswirkungen auf Frauen. Zu denken ist dabei beispielsweise an teilzeitlich erwerbstätige, jedoch auch nicht erwerbstätige Versicherte mit Erziehungs- und Betreuungspflichten, die bei der Invaliditätsbemessung mit einer für diese Personengruppe undurchsichtigen Praxis konfrontiert werden.

Angesichts der hier nur angedeuteten Rechtsungleichheit verwundert es nicht, dass die Bewältigung aversiver Erfahrungen bei Frauen, die sich bei der IV zum Bezug von Versicherungsleistungen bemühen, erschwert wird: Bei der Gewährung von Leistungen entscheidet die IV häufig nach dem Erwerbsstatus. Stellt sie auf Erwerbstätigkeit bzw. Tätigkeit im häuslichen Aufgabenbereich ab und knüpft sie an diesen Status unterschiedliche Rechtsfolgen, trifft dies erwerbstätige Frauen und Männer bzw. Frauen und Männer im häuslichen Aufgabenbereich vordergründig je gleich. Da jedoch bedeutend mehr Frauen als Männer im häuslichen Aufgabenbereich tätig sind, sind sie von einer nachteiligen -

geschlechtsneutralen - Regelung für Versicherte im häuslichen Aufgabenbereich ungleich stärker betroffen als Männer.

Die vorliegende Studie ist zu einem Zeitpunkt entstanden, als der Autor, selber als IV-Berufs- und Laufbahnberater tätig, sich vermehrt mit Fragen der Diskrepanz zwischen der Auseinandersetzung seiner Klientinnen und Klienten mit ihren Behinderungen und der durch die Invalidengesetzgebung ausdrücklich als Ziel formulierten erwerblichen Eingliederung beschäftigte („Eingliederung vor Rente“ sensu IVG Art. 8).

Der verfolgte Ansatz ist aus unterschiedlichen Fragestellungen sonderpädagogischer und psychologischer Provenienz heraus entwickelt worden und hat in seinem Bemühen zu integrieren zwangsläufig einen *interdisziplinären* Zuschnitt erhalten - für den Autor ist die vorliegende Arbeit deshalb ein Konzentrat rechtswissenschaftlicher, arbeitspsychologischer und sonderpädagogischer Forschung, die von einer *Koinzidenz von ökonomisch-rechtlicher und sonderpädagogisch-psychologischer Vernunft*, d.h. der Verknüpfung von objektiven Anforderungen und subjektiven Entfaltungsmöglichkeiten, ausgeht.

Im Rahmen dieser Untersuchung soll in einem ersten Teil die Konzeption, die Ausgestaltung, die Umsetzung und der Nutzen des sozial-ökonomischen Interventionsprogrammes „Invalidenversicherung“ IV hinsichtlich ihres Ziels der *erwerblichen Integration* am Beispiel von Frauen, die durch eine körperlich-funktionale Behinderung in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkt wurden, beurteilt werden (rechtswissenschaftlicher Teil).

Die Studie soll in einem zweiten Teil weiterhin zeigen, welche Unterschiede in der Bewältigung der krankheits- und/oder unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit bei Frauen existieren (arbeitspsychologischer Teil). Sie soll idealerweise dazu beitragen, gängige Praxen, welche in traditionellen Rollenbildern gründen, zu hinterfragen, um der Situation erwerbstätiger Frauen gerecht zu werden (sonderpädagogischer Teil).

# 1. Problematik und Forschungsinteresse

## 1.1. Die Ausgangslage: Arbeitsunfähigkeit und erwerbliche Rehabilitation

Die Auseinandersetzung mit belastenden Erfahrungen von Menschen gehört zum Arbeitsalltag von Berufs- und Laufbahnberaterinnen, die an einer Berufsberatungsstelle der Schweizerischen Invalidenversicherung tätig sind. Erwerblich-rehabilitative Massnahmen, wie sie die IV-Berufs- und Laufbahnberatung darstellt, werden von der Invalidenversicherung in die Wege geleitet, um dauerhafte Einschränkungen im erwerblichen Bereich zu verhindern. Insofern nimmt der Erhalt der Fähigkeit einer obligatorisch versicherten Person, am Erwerbsleben teilzunehmen und damit ein finanzielles Einkommen zu erzielen, eine wesentliche Rolle ein (zur Abgrenzung zwischen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vgl. das Kapitel 3.1.).

Erwerbstätigkeit und Beruf hat nach Ansicht vieler Autoren einen zentralen Stellenwert in der Lebensplanung und Lebensgestaltung (v. Rosenstiel, 2001). Neben einem glücklichen Privatleben steht ein interessanter und befriedigender Beruf an der Spitze der Wünsche sowohl behinderter als auch nicht-behinderter junger Menschen. Berufliche Arbeit und beruflicher Erfolg sind – neben ihrer ökonomischen Funktion – eine wichtige Quelle von Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit (v. Rosenstiel, Lang-von Wiens & Sigl, 1997; Warr, 1999). Genau so kann die Erwerbstätigkeit umgekehrt aber auch bedeutsamer Faktor für psychische und physische Beeinträchtigungen sein, der Verlust der Erwerbsmöglichkeit kann schwerwiegende psychische Konsequenzen nach sich ziehen (Wacker & Kolobkova, 2000; Semmer & Mohr, 2001). Allerdings ist die Befundlage hierzu inkonsistent (vgl. hierzu z.B. Turner, Kessler & House, 1991, S. 523): Dass Arbeit und Beruf noch zentrales Lebensinteresse seien, wurde etwa von Bonss, Keupp & Koenen (1984) mit ihrer These der nachlassenden ‚identitätsstiftenden Bedeutung der Berufsarbeit‘ bereits anfangs der 80er Jahre bezweifelt. In diesem Sinne sprechen Mutz, Ludwig-Mayerhofer-Koenen, Eder & Bonss (1995) neuerdings von der Normalisierung diskontinuierlicher Erwerbsverläufe und weisen darauf hin, dass Zeiten der Erwerbslosigkeit sich in der individuellen Erfahrung nicht zwangsläufig als Katastrophe darstellen müssen, sondern als – manchmal sogar freiwillig gewählte oder akzeptierte – Pause zwischen zwei Beschäftigungsverhältnissen oder als Auszeit „zwischen Stationen wie Ausbildung, Mutterschaft, Fortbildung, längerfristiger Verzicht auf Erwerbstätigkeit etc. auftreten“ können und als solche manchmal begrüsst werden (Mutz, Ludwig-Mayerhofer-Koenen, Eder & Bonss, 1995, S. 30). Auch die Entdeckung der guten 'Bewältiger' unter den Erwerbslosen kann konzeptionell als Hinweis auf die zunehmende Irrelevanz eines Arbeitsplatzverlustes gedeutet werden (Fryer & Payne, 1984).

Die Alltagserfahrung des Autors als IV-Berufs- und Laufbahnberater zeigt immer wieder deutlich auf, dass die Folgen schwerwiegender gesundheitlicher Beeinträchtigungen, die mit einer massiven Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einher gehen, bei der betroffenen Person kognitive Aktivitäten, Emotionen und Anpassungsreaktionen auslösen. Der faszinierende Aspekt dabei ist deren Vielfalt: Objektiv gleiche Erfahrungen können zu den unterschiedlichsten Interpretationen, Bewertungen, Gefühlen, physiologischen Reaktionen und Verhaltensweisen führen. Diese Unterschiede können zwischen verschiedenen Personen oder Personengruppen oder auch bei einer einzigen Person zu verschiedenen Zeitpunkten bestehen. Gerade wenn es darum geht, durch eine Behinderung, also *durch einen Gesundheitsschaden körperlicher*

*und/oder psychischer Art* in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkte Menschen wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren, ist die IV-Berufs- und Laufbahnberatung gefordert, dem Konfliktpotential, das eine Behinderung mit sich bringt, konstruktiv und lösungsorientiert zu begegnen. Deshalb gilt für eine Sonderpädagogik, die sich mit dem Ziel der optimalen Integration behinderter Menschen in das gesellschaftliche Leben - worunter eben auch das Erwerbsleben fällt - beschäftigt, die Notwendigkeit, sich (1) neben der subjektiven Seite einer optimalen erwerblichen Integration behinderter Menschen (2) gleichzeitig mit der ökonomisch-rechtlichen Seite von Massnahmen der erwerblichen Integration und (3) mit Bewältigungsversuchen von Behinderung betroffener Menschen auseinander zu setzen.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dieser Thematik. Im Mittelpunkt dieser Studie stehen Arbeitnehmerinnen, die aufgrund einer körperlichen Behinderung in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkt worden sind und sich deshalb bei der schweizerischen Invalidenversicherung zum Bezug von Leistungen angemeldet haben. Weshalb diese Einschränkung auf weibliche Arbeitnehmer?

## **1.2. Die Erwerbslage: Atypische Beschäftigungsformen auf dem Hintergrund der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit**

In den 50er Jahren galt die ‚Ernährerehe‘ als normatives und familienpolitisches Leitbild (Schulze Buschoff, 1995). Diese ‚Ernährerehe‘ sah eine Vollzeitbeschäftigung für den (Ehe-) Mann und die Hausfrauenrolle für die (Ehe-)Frau vor. Auf diesem normativen Leitbild wurden Gesetzgebung und sozialstaatliche Sicherungsleistungen aufgebaut. Die Erwerbsbeteiligung von Frauen war in den 50er Jahren entsprechend gering: lediglich 20 % aller verheirateten Frauen waren erwerbstätig. Erst 1958 wurde beispielsweise in Deutschland das Gesetz aufgehoben, dass der Ehemann den Arbeitsvertrag der Ehefrau eigenmächtig kündigen konnte (Fooker & Lind, 1994).

In den 60er Jahren, den Jahren des ‚Wirtschaftswunders‘ und des ‚Babybooms‘, stieg der Anteil der berufstätigen Frauen; so waren 1961 bereits 36 % aller verheirateten Frauen erwerbstätig. Die Nachfrage nach Arbeitskräften war gross, und das steigende Konsumniveau war ein Motiv für den sogenannten ‚Zuverdienst‘ der Frau (Quack, 1993). Die meist von Frauen gewählte atypische Beschäftigungsform ermöglichte die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Zu den *atypischen Beschäftigungsformen* zählen Arbeitsformen, die vom Normalarbeitsverhältnis, das heisst von der unbefristeten Anstellung in Vollzeittätigkeit, abweichen. Atypische Beschäftigungsformen beziehen sich somit auf die *Teilzeitarbeit*, die *befristete Beschäftigung*, die *Leih- oder Temporärarbeit*, die *Wochenend-, Abend-, Nacht- und Schichtarbeit* (wie sie auch im Zusammenhang mit der Vollzeitbeschäftigung existiert) sowie *Heimarbeit*, *Telearbeit* und *Arbeit auf Abruf* (Graf, Henneberger & Schmid, 2000).

Das prozentuale Ausmass der Übernahme einer atypischen Beschäftigung, beispielsweise einer Teilerwerbstätigkeit hängt stark von der beruflichen Funktion ab (Birchmeier, 2002, S. 8). Es ist besonders gering bei den Führungskräften, wo der Teilzeitanteil im Jahre 2000 lediglich 10 % aller arbeitnehmenden Personen betrug. Führungsaufgaben können scheinbar nach wie vor lediglich schwer mit Teilzeitarbeit kombiniert werden, und sie sind anscheinend auch eine ausgesprochene Männerdomäne. Umgekehrt sind in Bereich mit einem besonders hohen Teilzeitanteil, so bei den Hilfsarbeitskräften (59 %), den Dienstleistungs- und Verkaufsberufen (46 %) sowie bei den kaufmännischen Angestellten (36 %) die Frauen relativ stark vertreten.



Da atypische Beschäftigungsformen häufig Tätigkeiten mit niedriger Qualifikation und mit geringer Entlohnung darstellten, war die Vollzeitbeschäftigung des Mannes als Familienernährer weiterhin notwendig. Die Bildungsreform Ende der 60er Jahre führte zu einer besseren beruflichen Qualifikation der Frauen. Von 1960 bis 1991 hat sich der Anteil der Frauen, die die Matura erreichten, verdreifacht – bei den Männern hat er sich lediglich verdoppelt. Begleitet durch die Studenten- und Frauenbewegung und einer liberalisierten Sexualmoral gewannen vor allem die Frauen durch die Verbreitung der ‚Pille‘ als effiziente Methode der Schwangerschaftsverhütung vermehrt Spielraum bei ihrer Lebensplanung. Die Einstellung zu Ehe und Familie veränderte sich. In der Bundesrepublik Deutschland beispielsweise wurde erst 1976 das Gesetz aufgehoben, dass verheiratete Frauen nur im Einvernehmen mit dem Ehemann erwerbstätig sein dürfen (vgl. hierzu Fookien & Lind, 1994).

Die Veränderungen im Selbstverständnis familiärer Beziehungen und qualifizierte Bildungsabschlüsse trugen bei Mädchen und jungen Frauen zu einem Einstellungswandel gegenüber der Berufstätigkeit bei. Sie wünschen sich heute zunehmend eine kontinuierliche Erwerbstätigkeit und die damit verbundene finanzielle Unabhängigkeit (Schulze Buschoff, 1995; Birchmeier, 2002, S. 10). So hat sich in der Schweiz der Anteil jener Frauen, die teilzeitlich erwerbstätig sind, zwischen 1991 und 2002 von 51 % auf 58 % erhöht (Birchmeier, 2002, S. 9).

Im Gegensatz zu den 50er und 60er Jahren wird ihre Erwerbsorientierung nicht durch eine Heirat oder die Geburt eines Kindes beendet. Der Wunsch vieler junger Mütter, in einer atypischen Beschäftigungsform zu arbeiten, entspricht einer langfristigen Erwerbsorientierung. Junge Mütter sehen in der atypischen Beschäftigungsform eine Möglichkeit, Beruf und Familie miteinander zu verbinden, indem möglichst auf erreichtem Qualifikationsniveau der Beruf nach Geburt eines Kindes weiter ausgeübt werden kann. Die subjektive und die erwerbsbiografische Bedeutung der atypischen Beschäftigungsform hat sich damit gewandelt. Sie bedeutet mehr als blosser Zuverdienst zum Einkommen des Ehemannes (Quack, 1993). Eine atypische Beschäftigung wird vielmehr als Möglichkeit der Fortführung der Erwerbsbeteiligung begriffen. Angesichts zunehmender Instabilität von Partnerschaften wird sie ebenso zur Altersabsicherung für Frauen notwendig. Die mit der atypischen Beschäftigungsform verbundenen Benachteiligungen, beispielsweise geringes Einkommen – die Lohndifferenzen zwischen Frauen und Männern halten sich hartnäckig, gemäss dem Bundesamt für Statistik BFS verdienten Frauen in der Schweiz im Jahre 2000 durchschnittlich 21,3 % weniger als ihre männlichen Kollegen (BFS Pressemitteilung, 3, Arbeit und Erwerb, November 2001) –, wenig Chancen des beruflichen Aufstieges und Risiken der sozialen Absicherung, werden dabei von Frauen in Kauf genommen (Quack, 1993). Für Frauen im erwerbsfähigen Alter, die keine Kinder zu betreuen haben, ist die kontinuierliche Erwerbsarbeit selbstverständlich geworden. Die Hausfrauenehe ist bei jungen kinderlosen Ehepaaren heute kaum noch vorzufinden. (Für eine genauere Analyse der Voraussetzungen und Bedingungen der weiblichen Erwerbsarbeit von 1800 bis heute sei auf Wikander (1998) hingewiesen.)

Die atypische Beschäftigungsform gilt als Ausdruck wirtschaftlicher Bedürfnisse. In Zeiten von Arbeitskräftemangel galt dies als flexible Möglichkeit, um das Potential der verheirateten Frauen als Arbeitskräfte zu gewinnen (Wildemann, 1992). Das Angebot der atypischen Beschäftigungsformen richtete sich oft an schlecht qualifizierte und niedrig bezahlte Arbeitsgruppen und geht im Gegensatz zu den vollzeitlich beschäftigten Personen mit einer Benachteiligung der Rechte und Ansprüche insbesondere für teilzeitlich beschäftigte Personen einher. Gleichzeitig arbeiten Frauen häufiger unter atypischen Arbeitsbedingungen als Männer (Pressemitteilung des Bundesamtes für Statistik BFS vom Oktober 2001; Rubrik

‚Arbeit und Erwerb‘). Dies bedeutet, dass beinahe die Hälfte der erwerbstätigen Frauen nach keinem fest vorgegebenen Stundenplan, sondern vielmehr Arbeit auf Abruf leistet oder als Heimarbeiterin und im Schichtbetrieb tätig ist. Der Trend zur atypischen Beschäftigungsform nimmt in der Schweiz über die Jahre hinweg betrachtet zu (Pressemitteilung des Bundesamtes für Statistik BFS vom Oktober 2001, Rubrik ‚Arbeit und Erwerb‘): So waren es im Jahr 2000 erst 1,138 Mio. Teilzeiterwerbstätige, im Jahr 2001 hingegen bereits 1,207 Mio. Personen. Die Anzahl Vollzeit-Erwerbstätiger nahm hingegen von 2,740 Mio. auf 2.731 Mio. Personen ab. Bei den Frauen nahm der Teilzeitanteil von 53,5 % auf 55.1 % zu, bei den Männern von 10.3 % auf 11.1 % (Pressemitteilung des BFS vom Oktober 2001, Rubrik ‚Arbeit und Erwerb‘):

Trotz Deregulierung und Individualisierung der Erwerbsbiografien, Bevorzugung von partnerschaftlichen Modellen der Familienführung, der besseren beruflichen Qualifizierung von Frauen und gesteigerter Frauenerwerbstätigkeit sind grundsätzliche Strukturunterschiede zwischen Frauen- und Männer-Erwerbsarbeit geblieben. Frauen arbeiten zu einem weit grösseren Teil als Männer in Teilzeitarbeit – laut Angaben des Bundesamtes für Statistik BFS nahezu 80 % (vgl. Birchmeier (2002, S. 10) – und sind nach wie vor hauptverantwortlich für Haus- und Familienarbeit (Strub & Bauer, 2002, S. VII). Die Erwerbsarbeitszeit der Frau variiert je nach Familienlage: Sie liegt bei durchschnittlich 40 Stunden pro Woche bei Männern, die durchschnittliche Erwerbsarbeitszeit der Frauen hingegen liegt bei 23 Stunden pro Woche, was 57 % der männlichen Erwerbsarbeitszeit ausmacht. Bei unverheirateten Frauen sowie kinderlosen Ehepaaren gehen Frauen während 36 Stunden pro Woche einer Erwerbsarbeit nach, was im Vergleich zur Erwerbsarbeit der Männer 90 % ausmacht. 60 % beträgt der entsprechende Frauen-Anteil bei allein Erziehenden und unverheirateten Paaren mit Kindern. Bei Ehepaaren geht dieser Anteil mit steigender Kinderzahl kontinuierlich zurück (Strub & Bauer, 2002, S. VIII). Ein Blick über die Grenzen und in sieben EU-Länder zeigt, dass die Schweizer Männer in der Haus- und Familienarbeit auf vergleichbarem Niveau abschneiden, auffallend ist hingegen, dass der Umfang der Haus- und Familienarbeit bei den Schweizer Frauen geringer ist als bei EU-Frauen (Strub & Bauer, 2002, S. X). Betrachtet man vor dem Hintergrund der Entwicklung der Erwerbsbeteiligung geschlechtsdifferenzierende Aspekte, die auch hinsichtlich spezifischer Belastungen und Ressourcen bei chronischer Erkrankung und damit auch bei Erwerbslosigkeit bedeutsam werden können, ist der Unterschied zwischen den Lebensbiografien von Frauen und Männern durch die unterschiedliche Teilnahme an Erwerbs-, Familien- und Hausarbeit geprägt.

Das Schweizerische Sozialversicherungssystem spiegelt nun die Tatsache wider, dass in unserer Gesellschaft die Akzeptanz einer Vollzeitbeschäftigung vorherrscht und von der entsprechenden ‚Normalbiografie‘ als gewöhnlicher Zustand ausgegangen wird. Es stellt sich deshalb die Frage, wie sich diese Vorgehensweise mit dem Prinzip der Gleichstellung der Geschlechter vereinbaren lässt. Denn bereits die umgangssprachliche Bezeichnung als ‚Hausfrauenabklärung‘, die bei den IV-Stellen vorherrscht, lässt erahnen, welches gesellschaftliche Stereotyp vorherrscht: Frauen haben die ganze Reproduktionsarbeit zu leisten. Die unterschiedlichen sozialen Realitäten von Frauen und Männern finden sich beispielsweise in den absoluten Leistungen der sozialen Sicherung wie der Rentenzahlung wieder: So ist die Höhe der Rente vom durchschnittlichen Jahreseinkommen, von den Erziehungs- und Betreuungsgutschriften und von der Beitragsdauer der versicherten Person abhängig – weswegen neben der Beschäftigungsstruktur (atypische Beschäftigungsform oder Teilzeiterwerbstätigkeit), dem unterschiedlichen Lohnniveau vor allem die Nichterwerbszeiten in den Erwerbsbiografien der Versicherten massgebend sind.



Nach einer Analyse der Gründe für die Lücken in der Versichertenbiografie in Deutschland (Prinz, 1997) stehen an erster Stelle für 73 % der Frauen Nichterwerbszeiten aufgrund von Haushaltsführung mit Kindern. Haushaltsführung mit Kindern ist für Männer hingegen kaum ein Grund (0.5 %), Erwerbsarbeit zu unterbrechen oder aufzugeben. Der gleiche Befund zeigt sich auch für Haushaltsführung ohne Kinder (Frauen 28 % vs. Männer 0.1 %) und für die Pflege von Angehörigen (Frauen 9 % vs. Männer 0.5 %). Haus- und Familienarbeit sind also für Frauen Gründe, die Erwerbsarbeit zu unterbrechen oder aufzugeben, für Männer hingegen nicht. Für die Faktoren Arbeitslosigkeit, Schule, Krankheit und Verminderung der Erwerbsfähigkeit, die ebenfalls zu Lücken in der Erwerbsbiografie führen, gilt hingegen, dass sie als Gründe für Nichterwerbszeiten für Frauen und Männer ähnliche Bedeutung besitzen (Arbeitslosigkeit: Frauen 52 % vs. Männer 50 %; Schule: Frauen 27 % vs. Männer 27 %; Krankheit: Frauen 16 % vs. Männer 25 %; Verminderung der Erwerbsfähigkeit: Frauen 18 % vs. Männer 21 %).

### **1.3. Die gesetzgeberische Problematik: Geschlechtsneutral ausgestaltete Regelungen der Invalidengesetzgebung – unterschiedliche Auswirkungen auf die beiden Geschlechter**

Das schweizerische Invalidenversicherungssystem beruht – wie oben erläutert – zu einem wesentlichen Teil auf dem Modell der traditionellen Kleinfamilie mit geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung (vgl. hierzu Caritas, 2001). Es ist auf einen Lebenslauf ausgerichtet, der der ‘männlichen Normalbiografie’ entspricht, d.h. welcher das Schwergewicht auf eine vollzeitliche und kontinuierliche Erwerbsarbeit legt, während die unbezahlten Reproduktionsarbeiten (= ‘Nicht-Erwerbstätigkeit’), also der häusliche Aufgabenbereich, vernachlässigt werden. Andererseits entspricht dem sozialversicherungsrechtlichen ‘Frauenidealtypus’ die verheiratete, nichterwerbstätige Hausfrau und Mutter, die bis zum Lebensende ehelich verbunden bleibt und durch ihn finanziell versorgt wird.

Die traditionelle Rollenzuschreibung hat sich in den gesetzlichen Invaliditätsdefinitionen niedergeschlagen. Diese sind bei Erwerbstätigen, bei Teilerwerbstätigen und bei nicht Erwerbstätigen mit Familienpflichten unterschiedlich. Das unterschiedliche Vorgehen bei Invalidität hängt mit den traditionellen Geschlechterrollen zusammen. Werden Männer als tatsächliche oder potentielle Ernährer invalid, werden sie stets ins Erwerbsleben eingegliedert, damit sie ihre eigene und die Existenz ihrer Angehörigen möglichst aus eigener Kraft sichern können. Werden Frauen als tatsächliche oder potentielle Hausfrauen und Mütter invalid, werden sie im Haushalt ‘versorgt’ und durch die Familie unterstützt. Der historische Gesetzgeber ging aufgrund der Geschlechterrollen davon aus, den Hausfrauen könne man die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht ohne weiteres zumuten: Dies würde der Bedeutung des Familienlebens widersprechen (vgl. Botschaft zum IVG, BB1 1958 II 1162). Mit der Invaliditätsdefinition waren von Anfang an wesentliche Diskriminierungen weiblicher Versicherter verknüpft. Daher lohnt es sich, diese näher zu betrachten. Dies geschieht in den Kapiteln 3.1.2. und 3.1.3. Die berufliche Eingliederung ist das prioritäre Ziel der Invalidenversicherung. Allerdings wird dieses Ziel nicht bei allen Versicherten tatsächlich angestrebt. Wer Haus-, Erziehungs- und Betreuungsarbeit leistet, wird in der Regel nicht in eine Erwerbstätigkeit eingegliedert. Es bestehen also Unterschiede nach dem Erwerbsstatus und indirekt nach dem Geschlecht. Auch Zivilstand und Bedarf können – jedenfalls bei Frauen – eine Rolle spielen. Auch darauf wird in den Kapiteln 3.1.2. und 3.1.3. eingegangen.

Frauen beziehen heutzutage bedeutend weniger Leistungen von der IV als Männer (Bundesamt für Sozialversicherung, IV-Statistik 2001, S. 5). Sie sind zahlenmässig bei

sämtlichen Leistungsarten deutlich untervertreten. Gemessen an den einzelnen Leistungsarten erhalten sie meistens auch durchschnittlich weniger Geld- oder Sachmittel als männliche Versicherte (vgl. Baumann & Lauterburg, 2001, S. 175). Der Grund dieser ungleichen Verteilung von Versicherungsleistungen ist nicht einfach, dass Männer häufiger und stärker von Invalidität betroffen wären als Frauen. Die ungleiche Leistungsverteilung beruht vielmehr zu einem grossen Teil auf Vorschriften in Gesetz, Verordnungen und Verwaltungsweisungen, die Frauen direkt oder indirekt benachteiligen. Die Rechtsordnung ist für die Bevorzugung männlicher Versicherter also grossenteils selber verantwortlich.

Sogar die zehnte AHV-(Alters- und Hinterbliebenen-Versicherung-)Revision wirkte sich in der IV nur äusserst begrenzt aus: Für Leistungen der IV – und hier interessieren insbesondere die beruflichen Massnahmen – ist sie ohne jegliche Bedeutung geblieben. (Allerdings wurde der Begriff ‚Erwerbstätige Hausfrauen‘ durch den geschlechtsneutralen Begriff ‚teilerwerbstätige Versicherte im häuslichen Aufgabenbereich‘ ersetzt, ohne die für sie geltende ungünstige Methode zur Berechnung des Invaliditätsgrades zu verändern: ‚Hausfrauenabklärungen‘ – wie der besondere Abklärungsmodus im IV-Jargon bezeichnet wird – werden bei Männern, die in einer atypischen Beschäftigungsform erwerbstätig sind – ein Umstand, der ja bemerkenswert selten ist – nur unter grossem Aufwand von Seiten der Invalidenversicherung veranlasst.)

Vor diesen Konsequenzen aus dem Auseinanderklaffen von gesetzgeberischer Fiktion und den realen Lebenszusammenhängen von Frauen steht die IV-Berufs- und Laufbahnberatung fortwährend – es beinhaltet stets ein Konfliktpotential für die Betroffenen, die in doppelter Weise *in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkt* sind: nämlich einerseits durch die körperliche und/oder psychische Behinderung selber, andererseits durch die Erwerbslosigkeit.

#### **1.4. Die Forschungslage: Rehabilitation und Geschlecht**

Von der Frauengesundheitsforschung bereits früh thematisiert – und diesbezüglich bedeutsam für die Beantwortung der Frage nach dem Erfolg einer rehabilitativen Massnahme – wurde die unterschiedliche gesundheitliche Lage von Frauen gegenüber derjenigen von Männern (z.B. Vogt, 1983; Franke, 1985). Sowohl Beobachtungen im klinischen Alltag als auch epidemiologische Studien kamen u.a. zu folgenden Ergebnissen (vgl. Hurrelmann, 2000):

- Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens verschiedener Erkrankungen unterscheidet sich bei den Geschlechtern: Beispielsweise leiden Frauen häufiger an rheumatischer Arthritis, multipler Sklerose, Migräne, Anorexia nervosa, Bulimie, Osteoporose;
- Frauen weisen statistisch betrachtet häufig höhere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf;
- Frauen suchen häufiger ärztliche Fachpersonen auf und nehmen medizinische Vorsorgeuntersuchungen häufiger in Anspruch;
- Frauen bringen das Auftreten somatischer Beschwerden eher mit psychischen Problemsituationen in Zusammenhang, suchen daher auch früher psychotherapeutische Hilfestellungen.

Rehabilitationswissenschaftlich relevante Forschungsarbeiten zu geschlechtsspezifischen Themenstellungen finden sich in der deutschsprachigen Literatur zum heutigen Zeitpunkt mit unterschiedlichen Schwerpunkten (vgl. hierzu Benecke-Timp, Vogel & Worringer, 1997; Schröder, 2000; Worringer & Zwingmann, 2001). Grundlage für die meisten diesbezüglichen rehabilitationswissenschaftlichen Fragestellungen bilden Ergebnisse der

Frauengesundheitsforschung aus den Bereichen Soziologie, Psychologie, Medizinsoziologie und –psychologie sowie Public Health. Diese Forschungsschwerpunkte liegen u.a. in den Bereichen Gesundheits- und Bewältigungsverhalten, Epidemiologie und soziale Ungleichheit. Sie leisten wichtige Vorarbeiten auch für die Untersuchung geschlechtsspezifischer Fragestellungen in der Rehabilitation.

- Rehabilitationsbedarf (z.B. Behrens & Dreyer-Tümmel, 1995; Worringen, 1998)
- Rehabilitationszugang, Rehabilitationsleistungen, sozialmedizinische Begutachtung und Inanspruchnahmeverhalten (z.B. Röckelein, 1998; Härtel, 1999; Korsukéwitz, Klosterhuis, Winnefeld & Beckmann, 2001;)
- Frauenspezifische Rehabilitation, Zielgruppen: Mütter („Müttergenesungskuren“) und Mütter mit Kind/ern („Mutter-Kind-Kuren“); frauenspezifische Indikation: Gynäkologie (z.B. Collatz, Borchert, Brandt & Titze, 1996; Franck, 1998; Meixner, Gerdes & Jäckel, 2000; Bludau, Wiest, Kaiser & Schmitz, 2001; Glattacker, Meixner, Gerdes, Herwig & Jäckel, 2001; Ravens-Sieberer, Bettge, Wewel, Kuhlmann, Angerer & Bullinger, 2001)
- Erprobung frauenspezifischer Therapie- und Gesundheitsförderungsprogramme in der Psychosomatik und Suchtbehandlung (z.B. Dinger-Broda, Becker, Fischer, Gergen, Jacob & Sprick, 1998; Kersting, Welke, Malewski & Lamprecht, 2000)
- Geschlechtsspezifische Studien in besonderen Indikationsbereichen speziell in der Kardiologie, aber auch in der Psychosomatik, bei Stoffwechselstörungen und in der Orthopädie/Rheumatologie (z.B. Benecke, 1998; Härtel, 2000; Mittag, Horres-Sieben, Maurischat & China, 2000; Schmidt, Kolip & Greitemann, 2000; Grande, Leppin, Romppel & Altenhöner, 2001; Meissner & Klein, 2001; Maurischat, Wunsch, Mittag & Bengel, 2001;).

Auf der institutionellen und rechtlichen Ebene stellen sich in den erwähnten Studien die Fragen nach geschlechtsspezifischen Hemmnissen und Erschwernissen beim Rehabilitationszugang, der damit verknüpften Kostenübernahme, den Kriterien der Rehabilitationsbedürftigkeit im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung, der Inanspruchnahme der Berentung und der allgemeinen geschlechtsspezifischen Auswirkung der aktuellen – allerdings bundesdeutschen – Sozialgesetzgebung (vgl. Worringen, 1998; Bürger, 2001; Röckelein, 2001). Für schweizerische Verhältnisse liegen nach Wissen des Autors keine entsprechenden Studien vor. Geschlechtsspezifische Unterschiede auf der institutionellen und rechtlichen Ebene werden vor allem durch die dargestellten unterschiedlichen Lebensverhältnisse und rechtlichen Voraussetzungen (vgl. das dritte Kapitel) von Frauen und Männern beschreibbar. Eine möglicherweise geschlechtsspezifische Nachsorge, um eine vorzeitige Berentung zu verhindern, kann sich unter besonderer Berücksichtigung der beruflichen und sozialen Integration insbesondere für Frauen als notwendig erweisen (vgl. hierzu näher Keck & Budde, 1997; Schröder, 2000).

Der Erfolg eines Rehabilitationsverfahrens bei Frauen ist selten untersucht worden, vorhandene Katamnesestudien erbringen widersprüchliche Ergebnisse. Schmidt (1991) beispielsweise kam in einer Untersuchung an einer psychosomatischen Fachklinik zu dem Ergebnis, dass die unmittelbaren Rehabilitationseffekte bei Männern und Frauen gleich waren, dass aber zum Katamnesezeitpunkt Frauen signifikant häufiger das Auftreten neuer körperlicher und/oder psychischer Beschwerden nach ihrer Entlassung angaben. Baer (2002) berichtet über eine signifikant höhere Eingliederungsquote psychisch behinderter Frauen gegenüber Männern.

### 1.4.1. Berufliche Wiedereingliederung 1: Einflussfaktoren auf die Erwerbsfähigkeit

In Ermangelung systematischer Studien können häufig lediglich Vermutungen angestellt werden, welche Faktoren die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Erkrankungsart und Inanspruchnahme rehabilitativer Einrichtungen bedingen. Diskutiert werden dazu folgende Erklärungsansätze (u.a. Verbrugge, 1990):

- Organische Faktoren (z.B. die hormonelle Situation von Frauen)
- Soziale Faktoren (wie z.B. die „Mehrfachbelastung“ von Frauen)
- Unterschiede im Problemlöseverhalten (z.B. Unterschiede im Umgang mit Krankheit oder auch Gesundheit und dadurch bedingt Unterschiede im Risikoverhalten)
- Unterschiede im Ätiologiemodell von Gesundheit und Krankheit
- Einflüsse des Rollenverständnisses

In jedem dieser Erklärungsansätze ist eine duale Sichtweise insofern enthalten, als sie Erklärungen sowohl für Risikofaktoren als auch für fördernde Faktoren in Bezug auf die Möglichkeit der beruflichen Rehabilitation liefern können. Dies soll im folgenden anhand einiger Beispiele, die sich hauptsächlich auf die gesundheitliche Lage von Frauen hinsichtlich ihrer Erwerbsfähigkeit beziehen, erläutert werden.

Die Bestimmung von Einflussfaktoren auf die Erwerbsfähigkeit gestaltet sich allgemein als komplexes Unterfangen, dies zeigen die bisherigen Untersuchungen zu diesem Themenbereich. Wasilewski & Fassmann (1984; Fassmann & Kentner, 1986) führten eine repräsentative retrospektive Befragung von versicherten Personen durch und analysierten Sekundärdaten, um mögliche Einflussfaktoren auf den Ausstieg aus dem Erwerbsleben herauszuarbeiten. Sie fanden, dass geschlechtsunabhängig insbesondere ungünstige physische und psychische Prädispositionen einen Ausstieg begünstigen. Aussteiger und Aussteigerinnen waren demnach bereits in der Kindheit und Jugendzeit häufig krank. Darüber hinaus trugen auch Faktoren wie verminderte Chancen im Arbeitsleben, überdurchschnittliche Belastungen im Beruf, gesundheitsgefährdende Lebensweisen und niedriger sozioökonomischer Status, wenn auch in geringerem Masse, zur Varianzaufklärung des Frühberentungsgeschehens bei. Biefang & Gerdes (1990) analysierten Daten einer repräsentativen Kohortenstichprobe von 40 bis 64 jährigen Personen und fanden als Prädiktoren für einen Ausstieg mit Frühberentung neben Beschwerden, die den häufigsten Krankheitsgruppen bei Frühberentungen zuzuordnen sind wie Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Beschwerden sowie Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates bei späterem Ausstieg allgemeine Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und häufiges Kranksein.

Am Beispiel der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die bei Frauen ebenso wie bei Männern zu den häufigsten Erkrankungen und Todesursachen gehören, wurden in neuerer Zeit vereinzelt Untersuchungen durchgeführt, die anders als frühere Studien auf die besondere Lage von Frauen eingehen. Während Frauen deutlich seltener einen Herzinfarkt erleiden als Männer (Tunstall-Pedoe, Kuulasmaa, Mahonen, Tolonen, Ruokokoski & Amouyel, 1999), haben Frauen eine schlechtere Prognose beim kurzfristigen Überleben. Als Ursachen werden sowohl somatische (beispielsweise höhere Komorbidität) wie psychosoziale und Versorgungsaspekte diskutiert. Als eine These wird formuliert, dass möglicherweise mit der herkömmlichen medizinischen Diagnostik Herzinfarkte bei Frauen leichter übersehen werden, da andere pathophysiologische Mechanismen auftreten. Dies kann zu einer Unterschätzung der Angina

Pectoris- und Herzinfarktsymptome bei den betroffenen Frauen und ihren Familienangehörigen, aber auch bei Ärzten und Ärztinnen führen (Härtel, 2000).

Frühere Studien aus dem amerikanischen und deutschen Raum ergaben, dass Angiografien, koronare Angioplastien und Bypass-Operationen bei Frauen seltener durchgeführt werden (Mittag, Horres-Sieben, Maurischat & China, 2000). Zumindest in Deutschland hat es aber in den letzten Jahren diesbezüglich eine Entwicklung gegeben: bei Frauen kommen in Diagnostik und Therapie invasive Massnahmen häufiger zur Anwendung. Fraglich ist allerdings, ob diese Entwicklung tatsächlich für Frauen einen Fortschritt darstellt, da sich die Überlebensrate bei Frauen nicht verändert hat (Härtel, 2000; Mittag, Horres-Sieben, Maurischat & China, 2000).

Maschewski-Schneider (1997) untersuchte die frauenspezifischen Risikofaktoren des Herzinfarktes und die Risiken für das Auftreten von Brustkrebs. Bei Brustkrebs gelten eine genetische Prädisposition und reproduktive Faktoren als entscheidend. Offensichtlich erhöht eine hohe lebenslange Gesamtbelastung durch Östrogene das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, während ein später Beginn der Menarche, eine früh eintretende Menopause und eine grosse Anzahl an Schwangerschaften und lange Stillzeiten das Risiko senken. Rauchen, Bluthochdruck und Hypercholesterinämie sind auch bei Frauen die wichtigsten Risikofaktoren für das Auftreten eines Herzinfarktes. Frauen haben daneben aber wesentliche somatische Schutzfaktoren, so dass sie vor allem im jüngeren und mittleren Lebensalter weniger Herzinfarkt gefährdet sind als Männer: Höhere HDL-Cholesterinwerte und Östrogene verringern das Erkrankungsrisiko.

Bei dieser Betrachtung wird deutlich, dass die weiblichen Geschlechtshormone sowohl Risikofaktor für eine Erkrankung wie Schutzmechanismus für eine andere sein können. Als weiteres Beispiel dafür, dass Risiko und Schutz, also eine defizit- und eine ressourcenorientierte Betrachtung beim weiblichen Organismus eng beieinander liegen können, sei die Schwangerschaft genannt. Diese wird schnell in die Nähe eines Krankheitszustandes gerückt. Zwar ist die Tatsache, schwanger zu sein sicherlich die Ursache typischer Beschwerden – die Möglichkeit, eine Schwangerschaft auszutragen zeigt aber gleichzeitig eine ungeheure Flexibilität des weiblichen Organismus. Er ist in der Lage, ein weiteres Lebewesen wachsen zu lassen und zu ernähren, sich von ihm zu trennen und alle Versorgungskanäle wieder rückzubilden. Auch die Schwangerschaftsbeschwerden wie Übelkeit und Erbrechen müssen nicht ausschliesslich aus pathologischer Sicht betrachtet werden. Evolutionsmedizinisch gesehen werden damit wichtige Signale gegeben, sich vor für den Embryo schädlichen Nahrungsstoffen zu schützen und eine bewusstere Ernährung und ruhigere Lebensweise zu praktizieren (Nesse & Williams, 1997).

Behrens & Dreyer-Tümmel (1995) belegen, dass die Wahrscheinlichkeit eines frühen Ausstieges aus dem Erwerbsleben bei versicherten Personen mit mehr als 180 Fehltagen sowie mehr als sechsmonatiger Arbeitslosigkeit deutlich erhöht ist – und zwar unabhängig vom Geschlecht. Langzeit- wie auch wiederholte Arbeitslosigkeit und –unfähigkeit bergen gleichzeitig das Risiko einer Dequalifizierung. So charakterisiert Pietrzyk (2001) Personen, die länger ihre beruflichen Qualifikationen nicht eingesetzt und trainiert hatten, als gefährdet hinsichtlich ihrer Praxisnähe und Arbeitsroutine, was Auswirkungen habe auf ihr Selbstvertrauen. Solche ‚downgradings‘ müssen nicht unmittelbar exakt mit dem tatsächlichen Verlust beruflichen Wissens und beruflicher Fertigkeiten korrespondieren (Udris, 1987). Die Wechselwirkung zwischen Arbeitsverlust und individueller Selbstwirksamkeitserwartung kann Dequalifizierungsprozesse fördern (vgl. Daniel, 1983). Das Verhältnis zwischen Arbeitsinhalten und Kompetenz ist somit nicht unidirektional. Die vermittelte Wirkung von lernrelevanten Persönlichkeitsmerkmalen darf bei dieser



Betrachtung nicht vernachlässigt werden (vgl. Bandura, 1977; Schunk, 1990). Persönlichkeit und Arbeitssituation stabilisieren und akzentuieren sich gegenseitig (Kohn & Schooler, 1978). Für die Arbeitsunfähigkeit schlagen Behrens & Dreyer-Tümmel (1995) einen Schwellenwert von 42 Tagen (!) vor, der im Sinne der Gefährdung eines frühzeitigen Ausstieges aus dem Erwerbsleben ausreichend sensitiv ist, um Prüfungen für einen Rehabilitationsbedarf zu veranlassen.

Ein früher Ausstieg aus dem Erwerbsleben ist in der Regel auf das Zusammentreffen mehrerer Einflussfaktoren zurückzuführen. Diskutiert werden neben *körperlichen* und *psychischen Faktoren*, *kritischen Lebensereignissen*, *sozioökonomischen Faktoren* auch Gründe, die in der *Arbeitsmarkt- und Konjunkturlage* und im *Bereich der Arbeitswelt* liegen (vgl. Rüth, 1976; Wasilewski & Fassmann, 1984; Dieck & Naegle, 1985; Wittmann, 1990; Behrend, 1992, 1994; Behrens, 1996).

Bei den *sozioökonomischen Faktoren* sind besondere Belastungssituationen und protektive Faktoren zu unterscheiden. Die typische Lebenssituation der Frau ist durch Mehrfachbelastung gekennzeichnet, was nichts anderes besagt, als dass Frauen ihren Energieeinsatz zwischen unterschiedlichen Lebensbereichen verteilen müssen: Haushaltsorganisation, Kindererziehung, Pflege von Familienangehörigen und häufig ausserhäuslicher Erwerbstätigkeit. Unbestreitbar ist, dass diese vielfältigen Tätigkeitsfelder bei Frauen zu einer Überforderung und Überbelastung führen können. Bei der defizitorientierten Sichtweise wird allerdings übersehen, dass durch diese Herausforderungen unterschiedliche Kompetenzen herausgebildet werden, die Frauen ein Gefühl der eigenen Stärke vermitteln können. So wird von Frauen, die Familienarbeit und Erwerbstätigkeit verbinden, beispielsweise ein erhebliches Mass an Organisationsfähigkeit und Flexibilität verlangt. Ob diese typische Lebenssituation der Frau zu einer Überlastung oder zu einem erhöhten Wohlbefinden führt, ist von vielen Faktoren abhängig, z.B. vom Grad der Unterstützung durch den Partner oder andere Personen, vom Ausmass an Aussenverstärkung sowie von eigenen Leistungsansprüchen. Es ist nicht untypisch für viele Frauen, dass sie die Erwartung an sich selbst haben, sie müssten allen Anforderungen perfekt entsprechen, ohne sich dabei Hilfe zu holen.

Die meisten Studien zum Zusammenhang von Berufstätigkeit und gesundheitlichem Befinden bei Frauen mit Kindern kommen zum Ergebnis, dass sich die Berufstätigkeit positiv auf die Gesundheit von Frauen auswirkt oder ihr zumindest nicht schadet (Warr & Parry, 1982; Walker & Best, 1991; Franke, 1997). Eine entscheidende Moderatorvariable stellt die Einstellung der Mütter zur Berufstätigkeit dar, d.h. zufriedene berufstätige und zufriedene nicht berufstätige Mütter haben ein grösseres körperliches Wohlbefinden als mit der gewählten Alternative unzufriedene (Meulemann, 2000). Auch das Ausmass sozialer Unterstützung beeinflusst den Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit und körperlichem Befinden (Parry, 1996).

Als Beispiel dafür, wie sich eine soziale Situation bei Männern und Frauen unterschiedlich auswirken kann, sei das Vorhandensein einer Lebenspartnerin oder eines Lebenspartners genannt. Während für Männer die Ehefrau die wichtigste soziale Unterstützungsperson darstellt, bedeuten Partnerschaft und Familie für Frauen häufig eine weitere Belastung durch zusätzliche Aufgaben (u.a. Nowara & Bormann, 1996). Im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen Studien, dass eine bestehende Partnerschaft bei Frauen – anders als bei Männern – das Erkrankungsrisiko nicht verringert (Mittag et al, 2000; Härtel & Löwel, 1991).

Nikotinkonsum stellt ein *Risikoverhalten* für das Auftreten zahlreicher Erkrankungen dar (so z.B. Herzinfarkt, Lungentumoren). Das geringere Erkrankungsrisiko von Frauen wurde zumindest teilweise durch den geringeren Nikotinkonsum von Frauen erklärt. Hierbei zeigt sich, dass durch gesellschaftliche Veränderungen eine Veränderung in den Risikoverhaltensweisen und damit eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation von Frauen zu verzeichnen ist. Galt es vor Jahrzehnten noch unschicklich für Frauen zu rauchen – zumindest in der Öffentlichkeit –, so war ein gesellschaftlicher Wertewandel (vgl. z.B. Rosenstiel & Nerdinger, 2000) zu konstatieren, der Rauchen bei Frauen als einen Bestandteil der Emanzipation deklariert. Während Autarkie und Gleichberechtigung in erster Linie als gesundheitsförderlicher Bedingungen anzusehen sind, sind es die Anpassung im Rauchverhalten an ‚männliche Standards‘ und damit der erhöhte Nikotinkonsum bei Frauen sicherlich nicht.

Unter *rechtlichen und institutionellen Bedingungen* einer erfolgreichen erwerblichen Rehabilitation wird die Gesetzeslage im Sozialversicherungsrecht diskutiert, die sowohl Einfluss auf das Antragsverhalten der versicherten Personen als auch auf die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen hat. Zu nennen ist hier ebenfalls der aufgrund unterschiedlicher Erwerbsbiografien der Geschlechter erschwerte Zugang zu beruflichen Rehabilitationsleistungen für Frauen (vgl. hierzu eingehend das dritte Kapitel).

Die Tendenz von Frauen zu häufigeren Arztbesuchen und zum deutlicheren Ausdruck von Beschwerden führt zu einer *überdurchschnittlichen Inanspruchnahme des Systems*, aber auch zu geschlechtsspezifischen Auswirkungen bei der Verschreibung von Medikamenten (u.a. Glaeske, 1993a,b; Schwarzer, 1996). Dass ein durchaus wünschenswertes Verhalten, d.h. eine erhöhte Aufmerksamkeit für gesundheitliche Belange, mit bestimmten Risiken einher gehen kann, zeigt sich am Beispiel der Einnahme von Schmerzmitteln: Ein hoher und lang dauernder Konsum von Analgetika kann zu schweren Leber- und Nierenschädigungen führen. Man geht davon aus, dass ca. 20-25 % aller terminalnieren insuffizienten Patienten und Patientinnen über eine Analgetika-Nephropathie an die Dialyse kommen (Pommer & Broda, 1985).

Ein weiterer Verhaltensaspekt ist das Essverhalten. Eingebettet in ein Zusammenwirken von Mode, Zeitgeist und Kommerz wird eine Normierung von Körpergewicht vorgenommen, die für Frauen weit negativere Folgen als für Männer hat. Die Tendenz, Selbstwert über Gewicht zu definieren, kann bei Frauen zu einer endlosen Spirale von Diäten und Gewichtszunahmen führen, während bei Männern diese Koppelung von Körpergewicht und Selbstwert nicht besteht. Sieht man die Tatsache, dass 90 % aller Frauen Schlankheitsdiäten durchführen bzw. durchgeführt haben, so gilt Diätverhalten nicht nur als normal, sondern wird gesellschaftlich sogar erwartet (Groene, 2001). Im Bereich der Verhaltensfaktoren zeigt sich folglich, dass förderliche gesellschaftliche Entwicklungen für Frauen eng mit Risiken verbunden sein können: emanzipatorisches Verhalten mit Rauchen, ganzheitliche Gesundheitsvorstellungen mit Medikamentenverschreibung oder der Versuch eines selbstbewussteren Körperbildes mit Diäten und Essstörungen.

Frauen und Männer unterscheiden sich in ihrem subjektiven *Gesundheitskonzept* (Helfferich, 1993; Faltenmaier & Kühnlein, 2000). Während Männer ein eher instrumentelles Verhältnis zum Körper haben und Gesundheit in erster Linie mit Leistungsfähigkeit gleichsetzen, enthält das Gesundheitskonzept von Frauen mehrere Dimensionen: Gesundheit wird interpretiert als ‚positives Wohlbefinden‘ und als Wert an sich gesehen. Die ganzheitliche Betrachtung bei Frauen hat auch zur Folge, dass bei körperlichen Störungen ein Zusammenhang zu psychischen Belastungen hergestellt wird. Mit dem Gesundheitsbegriff sind konnotativ

Begriffe wie ‚Gleichgewicht‘, ‚erlebte Wachheit‘, ‚Körpervertrauen‘, ‚Überschuss an Kraft und Energie‘, ‚innere Zufriedenheit‘, ‚soziale Harmonie‘ und ‚Genuss‘ verbunden. Aber auch bei Frauen spielt der Leistungsaspekt von Gesundheit eine Rolle: Gesund zu sein bedeutet für Frauen, sowohl beruflichen als auch familiären Pflichten nachkommen zu können.

Das unterschiedliche Ätiologiemodell kann eine mögliche Erklärung für ein *unterschiedliches Inanspruchnahmeverfahren von rehabilitativer Versorgung* liefern. Die Verknüpfung von körperlichen mit psychischen Beschwerden führt einerseits dazu, dass Frauen eher als Männer psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, andererseits werden ihnen auch häufiger Psychopharmaka verschrieben (Glaeske 1993a, b).

Als *Einflussfaktoren aus dem Bereich der Arbeitswelt und der Arbeitsmarkt- und Konjunkturlage* werden in Verbindung mit der konkreten Betrachtungsweise Konjunkturlagen mit Einfluss auf die Verwertung der Resterwerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt sowie Verdrängungsprozesse von Älteren in Betrieben bei gestiegenen oder veränderten Anforderungen im Sinne eines sozialen Ausleseprozesses, aber auch Merkmale der Arbeit (z.B. Semmer & Mohr, 2001) genannt. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist der Erklärungsansatz, der auf die unterschiedlichen *Geschlechtsrollen* zurückgreift: Gesundheitsdefinitionen orientieren sich – wie auch der Begriff der Invalidität in der Sozialversicherungsgesetzgebung; vgl. hierzu das dritte Kapitel – am männlichen Stereotyp (z.B. leistungsfähig, autonom); eine Frau, die sich am weiblichen Stereotyp ausrichtet, ist daher per definitionem bereits krank und behandlungsbedürftig (Broverman, Broverman, Clarkson, Rosenkrantz & Vogel, 1970). Die Verinnerlichung der weiblichen Rollenzuschreibung bestimmt die Entwicklung des Körperbildes und das Gesundheitsverhalten und führt zu einem schlechteren gesundheitlichen Befinden. Auf der gesellschaftlichen Ebene hat dies zur Folge, dass Frauen als das ‚schwache und kranke Geschlecht‘ leichter von verantwortungsvollen Positionen ferngehalten werden können. Orientiert sich eine Frau am männlichen Geschlechtsstereotyp, wird sie als ‚unweiblich‘ bezeichnet, die kann permanente interne Konflikte zur Folge haben (Vogt, 1985; Franke, 1985; Maschewsky-Schneider, 1997).

Probleme im Übergang verschiedener Rollenzuschreibungen zeigen sich am Beispiel der fast ausschliesslich Frauen betreffende Bulimie-Erkrankung (Groene, 2001). Während die weibliche Sozialisation traditionell mit Aufgabenstellungen innerhalb der Familie verknüpft ist, wuchsen in den letzten Jahrzehnten die gesellschaftlichen Anforderungen gerade an jungen Frauen: Ausbildung und Berufstätigkeit gewinnen einen immer grösseren Stellenwert, die traditionellen Aufgaben bestehen aber weiterhin. Damit verbunden ist, dass nicht nur unterschiedliche, sondern oft widersprüchliche Erwartungen an Frauen bestehen: z.B. Fürsorglichkeit für andere und Ausdruck eigener Bedürfnisse, Rücksichtnahme und Durchsetzungsfähigkeit. Gerade Frauen mit bulimischem Verhalten haben oft den Anspruch, allen Anforderungen gerecht werden zu wollen und alle Erwartungen perfekt zu erfüllen. Diesen gesellschaftlich induzierten uneinlösbaren Anspruch versuchen sie über ihren Körper zu lösen, indem sie wenigstens in diesem Bereich versuchen, nach aussen hin dem Schönheitsideal zu genügen und darüber Selbstwert und gesellschaftliche Anerkennung zu gewinnen. Aus allen Anstrengungen zur Gewichtskontrolle resultiert letztendlich die bulimische Störung.

Die geschlechtsspezifische Betrachtung von Erkrankungsrisiken und des Inanspruchnahmeverhaltens von rehabilitativen Einrichtungen führt zur Frage, wie sich die erwerblich-rehabilitative Versorgung dieser unterschiedlichen gesundheitlichen Situation anpasst.



### 1.4.2. Berufliche Wiedereingliederung 2: Einflussfaktoren auf die Reintegration ins Erwerbsleben

Ziel von Rehabilitationsmassnahmen ist es, die Folgen chronischer Erkrankungen zu minimieren und die Betroffenen zu befähigen, trotz ihrer Erkrankung den Leistungsanforderungen in Beruf und Alltag möglichst weitgehend nachzukommen (Gerdes & Weis, 2000). In der Realität der Invalidengesetzgebung IVG heisst dies, dass es als Hauptzielsetzung von Rehabilitationsmassnahmen gilt, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

Es existieren eine Reihe von empirischen Untersuchungen zur Frage, in welchem Ausmass und zu welchem Zeitpunkt Menschen nach einer Erkrankung und nach einer Rehabilitationsmassnahme beruflich integriert werden können und von welchen Faktoren die erwerbliche Reintegration abhängig ist. Untersucht wird in diesem Zusammenhang die Bedeutung von gesundheitlichen Aspekten, von Faktoren wie der subjektiven Befindlichkeit, von demografischen Variablen, Arbeitsplatzfaktoren sowie familiären und persönlichen Aspekten. Solche Studien liegen vor allem für Koronarerkrankungen, chronische Rückenbeschwerden und psychiatrische Erkrankungen, in geringerem Umfang auch für psychosomatische Erkrankungen vor.

Internationale Studien zur Reintegrationsquote bei kardiologischen Erkrankungen zeigen, dass im Mittel etwa 60 bis 70 Tagen nach dem Infarkt zwar zunächst zwischen 62 % und 92 % der Personen an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Im ersten Jahr nach der Rückkehr verbleiben jedoch bereits deutlich weniger Personen im Erwerbsleben, ein grosser Teil der im Erwerbsleben ist unter quantitativ und qualitativ verminderten Anforderungen weiterhin tätig (vgl. Shanfield, 1990). Die in Deutschland für die Zeit ein Jahr nach dem Infarkt genannten Reintegrationsquoten liegen mit 40 % bis 60 % deutlich niedriger (vgl. Badura & Grande, 1994; Angermann & Deschler, 1992).

An relevanten Einflussfaktoren auf die Reintegration ins Erwerbsleben nach kardiologischer Rehabilitation haben sich in zahlreichen Studien unter anderem folgende Variablen erwiesen (vgl. Shanfield, 1990; Weidemann & Elsässer, 1994; Schott, 1996; Badura & Grande, 1994). Sie decken sich im übrigen mit denjenigen Faktoren, die unter 1.4.2. bezüglich den Einflussfaktoren auf die Erwerbsfähigkeit generell Erwähnung fanden, weshalb im folgenden nicht mehr ausführlich auf die einzelnen Faktoren eingegangen wird:

- subjektive Bewertung des Krankheits- bzw. Gesundheitszustandes;
- psychische Befindlichkeit wie Ängstlichkeit und Depressivität;
- Zukunftserwartungen versicherter Personen hinsichtlich gesundheitlicher und berufsbezogener Probleme;
- berufliche Qualifikation;
- Arbeitsmarkt- und Arbeitsplatzsituation
- soziodemografische Faktoren

Für den kardiologischen (vgl. Shanfield, 1990; Badura & Grande, 1994) wie auch den psychiatrischen Bereich (Baer, 2002) gibt es klare Hinweise, dass psychosoziale Faktoren für die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben insgesamt eine höhere prognostische Bedeutung haben als klinische Faktoren. Subjektive Einschätzungen der beruflichen Leistungsfähigkeit und Erwartungen der Menschen hinsichtlich ihrer weiteren Erwerbstätigkeit scheinen die besten Prädiktoren für den späteren Erwerbsstatus zu sein. Deck, Zimmermann, Kohlmann & Raspe

(1998, S. 145) fanden, dass Frauen mit unspezifischen Rückenbeschwerden mit einer medizinischen Rehabilitation eher Erwartungen an Erholung und Krankheitsbewältigung verbinden, während Männer höheren Alters mit einer niedrigeren beruflichen Qualifikation eher Erwartungen hinsichtlich erwerbs- und rentenbezogener Rehabilitation haben. Affektive Krankheitsmerkmale sind ihren Ergebnissen nach eher mit Erwartungen an eine bessere Krankheitsbewältigung gebunden.

Subjektive Einschätzungen der Leistungsfähigkeit werden, neben den oben genannten Faktoren, wesentlich auch vom Arzturteil beeinflusst. Das Arzturteil wiederum wird jedoch neben der körperlichen Leistungsfähigkeit und der ärztlichen Einschätzung im Hinblick auf spezifisch berufsbezogene Einschränkungen wesentlich auch von den Präferenzen der versicherten Person hinsichtlich einer Rückkehr zur Arbeit bestimmt (vgl. Schott, 1996).

Versicherte Personen, die bereits vor der Erkrankung Probleme am Arbeitsplatz hatten, mit ihrer Arbeit unzufrieden sind oder eine negative Einstellung zu ihrer Arbeit und ihrem Beruf haben, können weniger wahrscheinlich beruflich integriert werden (vgl. Shanfield, 1990). Auch die vor der Erkrankung bestehende Bedeutung der Arbeit im Leben der Menschen spielt eine wichtige Rolle. Retrospektiv interpretieren viele versicherte Personen das Krankheitsereignis als Reaktion auf ein prämorbid unangemessenes Arbeitsverhalten oder eine schlechte Lebensqualität. Ältere versicherte Personen kehren seltener an ihren Arbeitsplatz zurück jüngere und unverheiratete Frauen dagegen häufiger. Auch dieses Ergebnis kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass der Faktor ‚Stellenwert der Arbeit im Leben eines Menschen‘ eine bedeutende Rolle für die Rückkehr ins Erwerbsleben spielt. An weiteren berufsbezogenen Prädiktoren werden die regionale Arbeitslosenquote, die Arbeitsbedingungen sowie die Einstellungen des Arbeitgebers zur Rückkehr und zu Möglichkeiten von Schonarbeitsplätzen genannt (Shanfield, 1990; Weidemann & Elsässer, 1994; Schott, 1996).

Versicherte Personen mit chronischen Rückenbeschwerden, die 12 Monate krankgeschrieben waren, kehren nach internationalen Studien nur in maximal 20 % aller Fälle an ihren Arbeitsplatz zurück (Frymoyer, 1992; Hildebrandt & Pflingsten, 1994). Mit zunehmender Dauer ohne berufliche Tätigkeit – sowohl aufgrund von Erkrankung als auch von Arbeitslosigkeit – scheint die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen beruflichen Reintegration zu sinken (Andersson, Svensson & Oden, 1983; Kettelhut, 1992; Hildebrandt & Pflingsten, 1994).

Aus dem psychiatrischen Bereich scheinen wichtige *Prädiktoren der erwerblichen Reintegration* das Ausmass der sozial-kommunikativen Kompetenz (Baer, 2002) und vor allem bei den Diagnosegruppen ‚affektive Erkrankungen‘ und ‚Suchterkrankungen‘ das Ausmass der prämorbidem Persönlichkeit zu sein (Skinstad, Troland & Mortensen, 1999; Baer, 2002).

Auch im Bereich psychosomatischer Erkrankungen liegen erste Ergebnisse zu Prädiktoren erwerblicher Wiedereingliederung nach stationärer medizinischer Rehabilitation vor. So zeigt die Studie von Zielke (1995), die allerdings lediglich das Kriterium der Arbeitsfähigkeit im bisher ausgeübten Beruf bei Entlassung aus der Klinik zugrunde legt, dass nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation insgesamt 66.9 % der versicherten Personen, die arbeitsunfähig in die Klinik aufgenommen wurden, wiederhergestellt arbeitsfähig entlassen werden konnten. Laufende Rentenverfahren und langfristige Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Beginn der Massnahme erweisen sich in dieser Studie als prognostisch ungünstige Merkmale.

Frauen zeigten nach der Studie von Zielke (1995) im Vergleich zu Männern bereits früher erneut psychosomatische Symptome, die zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit führten.

Im Rahmen von Rehabilitationsmassnahmen wird die Zielsetzung des Erhaltes oder der Wiederherstellung der Fähigkeit, am Erwerbsleben teilzunehmen, vor allem durch eine Verbesserung des medizinischen bzw. gesundheitlichen Status der versicherten Person angestrebt. Dass dieses Vorgehen wichtige Zielvariablen vernachlässigt, legen die oben genannten Untersuchungsergebnisse zu den Einflussfaktoren zur Erwerbsfähigkeit und zur Wahrscheinlichkeit der beruflichen Wiedereingliederung nahe. Vor allem bei medizinisch nicht vollständig eindeutigen Befundlagen ist es weniger der objektive medizinische Status von versicherten Personen, der einen frühen Ausstieg aus dem Erwerbsleben und eine mangelnde Wiedereingliederung ins Erwerbsleben bestimmt. Vielmehr scheinen wie oben erwähnt subjektive Bewertungen versicherter Personen zu ihrer *Befindlichkeit*, ihrer Belastbarkeit und den erlebten Anforderungen bei der Arbeit eine entscheidende Rolle zu spielen, ob das Ziel der Rückkehr in das Erwerbsleben angestrebt wird. Den Untersuchungen zufolge ist insbesondere bei Rentenantragsstellern ein Prozessverlauf anzunehmen, in dem sich allmählich die Einschätzung festigt, dass eine Rückkehr zur Arbeit eine Überforderung darstellt, die mit der Belastbarkeit und der gesundheitlichen Lage nicht mehr zu vereinbaren ist. Gezielte Untersuchungen, die besonders dem Stellenwert des subjektiven Arbeitsplatzerlebens und der beruflichen Zukunftsperspektiven für die erwerbliche Reintegration und der Wahrscheinlichkeit der Berentung nachgehen, fehlen allerdings bislang weitgehend.

Erwähnenswert ist bezüglich der Problematik des *Einflusses des Arbeitsmarktes* die Diskussion um die Möglichkeit der vorzeitigen Berentung einer versicherten Person als Mittel des Personalabbaus bei entsprechender Wirtschafts- und Personalsituation sowie veränderten Arbeitsbedingungen. Die *„Labour-Force-Hypothese“* (vgl. Behrend, 1994) geht davon aus, dass versicherte Personen vor allem unter dem Einfluss äusserer Faktoren aus dem Erwerbsleben ausscheiden wollen. Entsprechend haben die betriebliche Personalpolitik, der Druck des Arbeitsmarktes und konjunkturelle Faktoren Einfluss auf eine frühzeitige Inanspruchnahme von Berentungen.

Unter dem Stichwort *„Gesundheitsverschleiss-Hypothese“* wird als Ursache für das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben vorzeitiger gesundheitlicher Verschleiss aufgrund betrieblichen und ausserbetrieblichen Gründen diskutiert (Bürger, 1997, S. 25) – wie dies der Erfahrung des Autors nach für Mitarbeiter in Branchen zutrifft, die körperliche Schwer- und Schwerstarbeit leisten, so beispielsweise Bau- und Forstarbeiter und Mitarbeiter in einer Schlachtereier.

Die *„Wohlstandshypothese“* geht davon aus, dass der Wunsch nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben primär von ökonomischen Motiven geleitet wird. Das Bemühen von versicherten Personen wird als rationaler Entscheidungsprozess verstanden, der wesentlich auch durch ökonomische Überlegungen beeinflusst wird (vgl. Guillemard & Rein, 1993). Nach dieser Annahme wird um so eher ein Ausstieg angestrebt, je niedriger der Unterschied zwischen zu erwartender Berentung und dem aktuellen Einkommen liegt.

Auch *soziodemografische Variablen* scheinen eine Rolle zu spielen. Bei Personen mit einer Qualifikation als Industriearbeiter liegt das Risiko des Wunsches nach einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben fast doppelt so hoch wie bei Personen, die als Angestellte erwerbstätig sind, hier nimmt der rehabilitative Versorgungsgrad, der bei allen Versicherten

mit zunehmendem Alter sinkt, deutlich früher ab als bei den Angestellten (vgl. Schuntermann, 1996).

An *psychologischen Faktoren*, die zu einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben führen können, wird unter anderem eine neurotische Arbeitsstörung angenommen (vgl. Stevens & Förster, 1995). Diese Störung ist durch das Versagen und Aufgeben der Auseinandersetzung mit der Arbeitsrealität gekennzeichnet. Die Betroffenen haben aufgrund narzisstischer oder perfektionistischer Ansprüche, biografisch begründeten Leistungsproblemen, niedrigem Selbstwertgefühl, Neigung zu Selbstüberforderung und ähnlichen Schwierigkeiten bei der Arbeit. Die wiederholte und andauernde Erfahrung der damit verbundenen Belastungen werden zunehmend weniger bewältigt. Krankheit und Arbeitsunfähigkeit erlauben eine Vermeidung dieser frustrierenden Erfahrungen und können in dem Wunsch nach einem gänzlichen Ausstieg aus dem Erwerbsleben münden.

Bei Betrachtung der *individuellen Verläufe*, die zu einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben führen, wird die Rentenentwicklung bei versicherten Personen ohne hinreichende organmedizinische Ursachen als Ergebnis einer psychosozialen Rückwärtsbewegung beschrieben, die von zahlreichen Einzelfaktoren gefördert wird, von denen Krankheit nur einer ist (vgl. Plassmann & Färber, 1995). Patienten fühlen sich demnach zunächst ständig überfordert, gering belastbar, geben Verantwortung erst im Beruf und dann auch in der Familie ab und ‚konsumieren‘ in erheblichem Mass verschiedene Therapien bei zunehmend geringer werdenden Effekten aller Behandlungsmassnahmen. Die Autoren unterscheiden drei Phasen des Rentenverhaltens:

- I. In der *Desorientierungsphase* machen die Patienten Erfahrungen, die sie an ihrer Konkurrenz- und Leistungsfähigkeit und ihrem bisherigen Lebenskonzept zweifeln lassen. Die bis dahin erfolgte Ausrichtung auf Arbeit, Beruf und Arbeitseinkommen wird in Frage gestellt.
- II. In der *Ambivalenzphase* sind Patienten zunehmend mit der Frage beschäftigt, ob Berentung die einzige Lösung wäre. Behandlungsmisserfolge werden als willkommene Argumente für eine Berentung betrachtet.
- III. In der *Schlussphase* sind Patienten von ihrer Invalidität überzeugt und haben ausschliesslich den Wunsch nach erfolgreichem Ausstieg aus dem Erwerbsleben.

Versicherte Personen mit mehr als sechs Monaten Arbeitsunfähigkeit oder mehr als einem Jahr Arbeitslosigkeit sind für eine fortschreitende soziale Regression hochgradig gefährdet: Nach gestelltem Rentenantrag sind lediglich 30 % therapeutischen Bemühungen zugänglich (Stevens & Förster, 1995). So liegt auch die kurzfristige Erfolgsquote medizinischer Rehabilitationsmassnahmen im Sinne einer Entlassung als arbeitsfähig bei manifesten rentenantragsstellenden Personen noch bei lediglich 38 % (Plassmann & Färber, 1995).

Die relative Bedeutung der unterschiedlichen Einflussfaktoren wird – dies allerdings unabhängig von den jeweiligen Geschlechtern – unterschiedlich gewichtet – mit entsprechenden Konsequenzen für Vorschläge, was Einflussmöglichkeiten auf diejenigen Personen, die einen vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben anstreben, betrifft. Wittmann (1990; in Wille & Müller-Fahrnow, 1991) nennt in der Reihenfolge ihrer empirischen Bedeutsamkeiten die ‚Verschleiss-Hypothese‘, die ‚Labour-Force-Hypothese‘ und die ‚Wohlstands-Hypothese‘. Allerdings müssen die verschiedenen Hypothesen nicht notwendigerweise als konkurrierende Erklärungsmodelle diskutiert werden. Wasilewski et al. (1984) halten Positionen für verkürzt, die einen vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben

alleine als Ergebnis eines einzigen Faktors begreifen. Er sieht gerade das Zusammentreffen mehrerer Einflussfaktoren als bedeutsam an. Behrend (1994) betont, dass Frühberentungen bei älteren Arbeitnehmern häufig als konfliktfreie Strategie aller am Externalisierungsprozess Beteiligter (Betriebsleitung, Betriebsräte, Beschäftigte, Betriebsärzte und Sozialverwaltungen) erscheint, um eine möglichst sozial verträgliche Lösung für die erwerbstätige Person zu finden.

Das Risiko einer Frühberentung hängt in jedem Fall nicht ausschliesslich vom gesundheitlichen Status der versicherten Person ab. Die Wahrscheinlichkeit einer Frühberentung ist ein altersspezifischer Risikoprozess (vgl. Schuntermann, 1988). Die Lohnersatzfunktion einer Rente, deren Gewährung vom Ausmass des verbliebenen individuellen Restleistungsvermögens abhängig ist, deutet auf ein relationales Konzept hin. Die Verwertbarkeit der Leistungsfähigkeit ist demnach wesentlich auch von Anforderungen und Belastungen im Beruf, Arbeitsmarktbedingungen und der Fähigkeit zur Bewältigung dieser Anforderungen abhängig. Nicht zuletzt hängt eine Berentung aber auch wesentlich vom Antragsverhalten hinsichtlich der Berentung (vgl. Schuntermann, 1988) und damit von subjektiven Einschätzungen und Entscheidungsprozessen der versicherten Person ab, in die vermutlich eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren und Beweggründe eingehen. So ist zu erwarten, dass Personen, die sich an ihrem Arbeitsplatz belastet fühlen, dort weniger positive Perspektiven und Handlungsspielräume sehen und wenig zufrieden mit ihrem Beruf und ihrer Arbeitssituation sind, vermutlich auch eher motiviert sind, einer Berentung zuzustimmen bzw. entsprechende Bemühungen zu unternehmen als Personen, die beruflich engagiert sind und sich an ihrem Arbeitsplatz wohl fühlen (vgl. auch Behrens, 1996).



## 2. Rahmenkonzept der Studie

Der Autor dieser Studie geht von der Auffassung aus, dass Interventionsmassnahmen, wie sie die Schweizerische Invalidenversicherung zur erwerblicher Rehabilitation anbietet, nicht nur massnahmenspezifische Wirkungen haben, sondern auch allgemeine Wirkungen einzelner konkreter Interventionen identifiziert werden können, die über bestimmte Interventionsmassnahmen hinweg beobachtbar sind. Es wird dabei der Begriff der ‚Interventionsmassnahme‘ – austauschbar verwendet zum Begriff ‚Massnahme‘ – als jede Art von aussengesteuerter, zielorientierter und systematischer Beeinflussung von Personen- und / oder Systemmerkmalen verstanden (vgl. hierzu auch Hager & Hasselhorn, 2000, S. 41). Im Gegensatz dazu wird der Begriff der ‚Intervention‘ als konkrete Anwendung einer Interventionsmassnahme bzw. Massnahme in einem exakt definierten Setting verwendet.

Die vorliegende Studie bedarf eines Forschungsrahmens, auf dessen Hintergrund sowohl Interventionsmassnahme als auch Intervention hinsichtlich ihrer ‚Berechtigung zur Existenz‘ betrachtet werden kann, weshalb im vorliegenden Kapitel ein Rahmenkonzept hinsichtlich der Grundproblematik der erwerblichen Rehabilitation behinderter Frauen *auf der Grundlage des Vokabulars der Evaluationsforschung* vorgestellt wird. Es werden für die Studie zwei grundsätzliche Forschungspositionen unterschieden, die sich auf die Bewertung der Massnahmenkonzeption als solche und auf die Bewertung der Wirksamkeit der Intervention zur erwerblichen Rehabilitation beziehen. Jeder Forschungsposition werden anschliessend spezifische Arbeitsschritte zugeordnet, die bei der Untersuchung zu beachten sind. Zuvor werden allerdings einige untersuchungsrelevante Begriffe erläutert, die für das vorgeschlagene Rahmenkonzept und die hier vertretene Sichtweise von Bedeutung sind.

### 2.1. Klärung untersuchungsrelevanter Begriffe

#### 2.1.1. Phasen und Formen wissenschaftlicher Forschung

Im Rahmen der vorliegenden Studie soll das Vorgehen in Anlehnung an den Begriff der Evaluationsforschung als eine wissenschaftlich fundierte, empirische und hypothesengeleitete Forschung unter systematischer Anwendung sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden bezeichnet werden (vgl. z.B. Rossi, Freeman & Hofmann, 1988, und Bortz & Döring, 2000).

Die Ergebnisse dieser Forschung bilden die wesentliche Grundlage der wissenschaftlichen Studie oder „(...) Beurteilung der Konzeption, Ausgestaltung, Umsetzung und des Nutzens“ (Rossi et al., 1988, S. 3; vgl. dazu auch Sciven, 1991, S. 150–151) sozialer Interventionsmassnahmen. Die aufgeführte Definition des Vorgehens verdeutlicht, dass der Untersuchungsprozess nach einer ersten

- (1) Phase der *Problemanalyse*, während der nicht nur zu beurteilende Fakten gesammelt werden, sondern „Zusammenhänge entwickelt werden und Gewordenes rekonstruiert“ wird (Schley, 2001, S. 26),

nicht allein auf den Wert oder den Nutzen einer Interventionsmassnahme beschränkt ist, sondern sich darüber hinaus auf weitere unterschiedliche Phasen der *Entwicklung, Erprobung* und *Implementation* (Rossi et al., 1988, S. 3) einer Interventionsmassnahme beziehen kann, weshalb dementsprechend

- (2) die Phase *Konzeptualisierung*, in der es um die Überprüfung der theoretischen Fundierung von Massnahmen geht,
- (3) die Phase der *Implementation*, in der es um die Kontrolle der Realisierung der Massnahmen geht,
- (4) und schliesslich die Phase der *Wirkungsforschung*, in der es um die Kontrolle der Wirkungen der Massnahme im Sinne einer Veränderung eines zuvor problematisierten Zustandes zu einem erwünschten Zustand geht,

unterschieden werden können. Je nach Betrachtungsweise einer Interventionsmassnahme stehen unterschiedliche Aspekte, Ziele, Methoden und Arbeitsschritte im Vordergrund bzw. kommen zur Anwendung.

Das Forschungsvorgehen kann sich weiterhin im Hinblick auf ihre Funktion und Zielsetzung unterscheiden. Sie kann beispielsweise hinsichtlich der Identifizierung der Interventionswirksamkeit und Interventionswirkung dienen. Sie kann aber auch durchgeführt werden, um die Bestandteile einer Interventionsmassnahme im Hinblick auf ihre alltagspraktische Anwendbarkeit und Wirksamkeit zu optimieren oder aber, um auf der Basis der Ergebnisse eine Entscheidung zwischen verschiedenen Interventionsalternativen zu treffen. Von daher liegt es nahe, für die vorliegende Studie zwischen verschiedenen Formen der Betrachtung zu unterscheiden, unter anderem auch deshalb, weil die jeweilige Zielsetzung und Funktion eines Forschungsvorhabens eine besondere Vorgehensweise und zum Teil unterschiedliche Arbeitsschritte erforderlich macht.

Eine bis heute sehr verbreitete Differenzierung in verschiedene Arten gerade der Evaluationsforschung stammt von Scriven (1967, 1972, 1991), der zwischen *formativer* und *summativer Evaluation* unterscheidet und diesen jeweils verschiedene Funktionen – er spricht von „Rollen der Evaluation“ (Scriven, 1972, S. 61) – zuweist.

Die *formative Vorgehensweise* wird üblicherweise während der Entwicklung, Ausgestaltung und Erprobung bzw. Konzeption einer Interventionsmassnahme durchgeführt. Ihre Funktion besteht – im Zusammenhang mit der vorliegenden Studie betrachtet – im wesentlichen darin, die in der Invalidengesetzgebung enthaltenen Komponenten sowie die daraus ergebenden Prozesse im Hinblick auf die im Mittelpunkt stehende Zielsetzung – die *postulierte Wirkung der Interventionsmassnahme*, definiert als *geschlechtsunabhängige* erwerbliche Rehabilitation – und die tatsächliche *Wirksamkeit der Interventionsmassnahme* zu beurteilen. Da es in diesem Sinne letztendlich um die Weiterentwicklung der Interventionsmassnahme geht, ist es üblich, dass formative Vorgehensweisen in analytischer Weise eher über Schwächen als über Stärken der Massnahme Aufschluss geben. Scriven (1991, S. 169) spricht in diesem Zusammenhang von einer formativ-analytischen Evaluation.

Obwohl formative Vorgehensweisen insbesondere in der Erprobungsphase neuer, innovativer Interventionsmassnahmen von grossem Nutzen sind, können sie auch bei der Darstellung und Beurteilung bereits etablierter und laufender Interventionsmassnahmen – wie diejenige der Invalidengesetzgebung – hinsichtlich bestimmter Fragestellungen – in diesem Zusammenhang der erwerblichen Rehabilitation einer klar definierten Zielgruppe: der Frauen – hilfreiche Hinweise zu deren Verbesserung liefern (vgl. Rossi et al., 1988, S. 41).

*Summative Vorgehensweisen* hingegen werden bevorzugt nach Fertigstellung von Interventionsmassnahmen geplant und durchgeführt, d.h. wenn die Entwicklung der Konzeption abgeschlossen ist, das Programm als Ganzes vorliegt und eingesetzt werden soll oder bereits implementiert ist. Ihr Ziel besteht vor allem darin, Fragen hinsichtlich Wirksamkeit sowie

gegebenenfalls des Nutzens der Interventionsmassnahme zu beantworten. Die sich daraus ergebenden Antworten oder Ergebnisse haben einerseits die Funktion, den Einsatz einer bestimmten Massnahme gegenüber der Öffentlichkeit und dem Träger zu begründen (Geldgeber, Betroffene etc.). Sie können andererseits aber auch als Grundlage zur Entscheidungsfindung dienen, wenn es beispielsweise darum geht, ob eine Intervention im grösseren Rahmen eingeführt werden soll, ob es anderen Alternativ- bzw. Konkurrenzmassnahmen über- oder unterlegen ist oder ob es weitergeführt oder eingestellt werden soll usw. Die Beurteilung der Interventionswirksamkeit umfasst in diesem Sinne zwei Aspekte, nämlich

- (a) einerseits Veränderungen auf Seiten der Zielpersonen *im Verlauf* der Intervention – im Sinne der vorliegenden Studie: behinderter erwerbstätiger Frauen,
- (b) andererseits die tatsächlichen Veränderungen *nach* Durchführung der Intervention.

Beide Möglichkeiten sollten jedoch nicht alleine auf die Feststellung der Wirksamkeit einer Interventionsmassnahme beschränkt bleiben, sondern darüber hinaus auch die Art der Wirkungen hinsichtlich Neben- und Folgewirkungen (vgl. hierzu Kapitel 2.2.) einschliessen.

Zu Recht wird in diesem Zusammenhang deshalb eine Interventionsmassnahme, die nichts bewirkt, als *unwirksam* bezeichnet – was aber hat man unter dem entgegengesetzten Fall zu verstehen, wenn in der Literatur davon gesprochen wird, dass sich eine Interventionsmassnahme als *wirksam* erwiesen hat, dass sie also Wirkungen gezeigt hat? Obwohl die Begriffe ‚Wirksamkeit‘ und ‚Wirkungen‘ von Interventionsmassnahmen oft synonym verwendet werden, plädiert der Autor für eine strikte Trennung beider Begriffe.

In der vorliegenden Studie soll der Begriff ‚*Wirksamkeit*‘ dann Verwendung finden, wenn die *theoriespezifisch* vorhergesagten Veränderungen eines zuvor problematisierten Zustandes empirisch nachgewiesen werden können. In diesem Sinne gilt dies als ein Nachweis hinsichtlich der postulierten Ziele des der Interventionsmassnahme zugrunde liegenden Wirkmodells, das eine ‚*Wirkung*‘ der Massnahme vorhersagt, wie sie von den Vertretern und Vertreterinnen der Interventionsmassnahme behauptet wird. Allerdings kann die feststellbare Wirksamkeit auch auf anderen als den postulierten Wirkungen beruhen, so beispielsweise auf Merkmalen der Interventionssituation oder auf personale und soziale Merkmale der Zielgruppe – Wirkungen, die zwar oft erwünscht, jedoch unabhängig von den Wirkungen der Intervention sind. Dies dürfte auch der Hauptgrund dafür sein, dass ein sogenannter ‚Erfolg einer Interventionsmassnahme‘ bzw. ihrer empirisch nachgewiesenen Wirksamkeit also *keinen* irgend wie *zwingenden* Rückschluss auf das ihm zugrunde liegende Wirkmodell zulässt (Bunge, 1967, S. 136-137; Patry & Perrez, 2000, S. 31; Sternberg, 1983, S. 7). Da sich das Wirkmodell auf Interventionswirkungen bezieht, sind lediglich dann Rückschlüsse auf das Wirkmodell möglich, wenn die aufgetretenen Wirkungen reine Interventionswirkungen darstellen.

Bei der Analyse der Wirksamkeit der Rehabilitation im Rahmen erwerblicher Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung IV ergibt sich diese Problematik jedoch nicht, denn das Rehabilitationsziel der Invalidenversicherung wird – um es bereits vorweg zu nehmen – nicht durch ein *personenbezogenes*, sondern durch ein *formales, von der jeweiligen Person und vom jeweiligen Geschlecht unabhängiges* Kriterium festgelegt (vgl. Kapitel 3.1).



### 2.1.2. Funktionen und Ebenen organisatorischer Interventionsmassnahmen

Erwerblich-rehabilitative Massnahmen der Schweizerischen Invalidenversicherung können als Paket von konkreten Interventionsmöglichkeiten betrachtet werden, mit deren Hilfe die Teilhabe am Erwerbsleben nach einem invalidisierenden Gesundheitsschaden reorganisiert und letztlich gesichert werden soll. Insofern sich die Interventionsmassnahme organisatorischer Mittel bedient, wird sie im folgenden *als organisatorische Interventionsmassnahme* verstanden, womit sie gegen andere Interventionsformen wie die psychologische, medikamentöse usw. abgegrenzt wird.

Die Darstellung und Beurteilung organisatorischer Interventionsmassnahmen bezieht sich auf die Bedingungen der Entwicklung, Implementation und Durchsetzung solcher Massnahmen – etwa erwerblicher Eingliederungsmassnahmen der IV – auf Prozesse der Entscheidungsfindung und Realisierung von Konsequenzen – etwa von IV-Klientinnen in der Phase der erwerblichen Neuorientierung. Eine mögliche Fragestellung könnte lauten, wie effektiv sich erwerbliche Wiedereingliederungsmassnahmen für Klientinnen und Klienten der IV erweisen, in welchem Verhältnis Aufwand und Ertrag zueinander stehen – so im Sinne der Prüfung der Effizienz erwerblicher Eingliederungsmassnahmen – oder unter welchen Bedingungen welche Massnahmen überhaupt sinnvoll sind.

Der Autor verbindet mit organisatorischen Interventionsmassnahmen folgende *vier Funktionen*:

- (1) Sie können der *Minimierung problematisierter Defizite* etwa gesundheitlicher oder wirtschaftlicher Natur dienen, die zur entsprechenden Beeinflussung ausgewählt werden;
- (2) sie können ferner zur *Prävention* von zukünftig zu erwartenden oder zu befürchtenden Defiziten in einem Erlebens- oder Verhaltensbereich reich wie beispielsweise im erwerblichen Bereich eingesetzt werden;
- (3) drittens können sie in *kurativer Weise* der Beeinflussung von manifest gewordenen Defiziten oder Störungen in einem Erlebens- und Verhaltensbereich – etwa im wirtschaftlich-erwerblichen Bereich – dienen;
- (4) schliesslich können sie auch Anwendung im Zusammenhang mit der *Rehabilitation* finden, also dem Wiederaufbau von aus irgend welchen Gründen verloren gegangenen Fähigkeiten oder Fertigkeiten mit dem allgemeinen Ziel der dauerhaften Wiedereingliederung von Menschen in Arbeit, Sozialfeld und Gesellschaft (vgl. hierzu Perrez & Baumann, 1998; Schröder & Hackhausen, 2001).

Die allgemeine Einflussrichtung liegt dabei sowohl im Aufbau erwünschter Fertigkeiten, Fähigkeiten und Verhaltensweisen als auch im Abbau von als hinderlich oder unerwünscht klassifizierten Verhaltens- und Erlebensweisen (Perrez, 1982, S. 461).

Organisatorische Interventionsmassnahmen können zudem ähnlich wie psychologische oder sonderpädagogische Interventionsmassnahmen (vgl. hierzu etwa Baumann & Perrez, 1998, S. 13-14) auf unterschiedlichen *Ebenen* ansetzen, nämlich

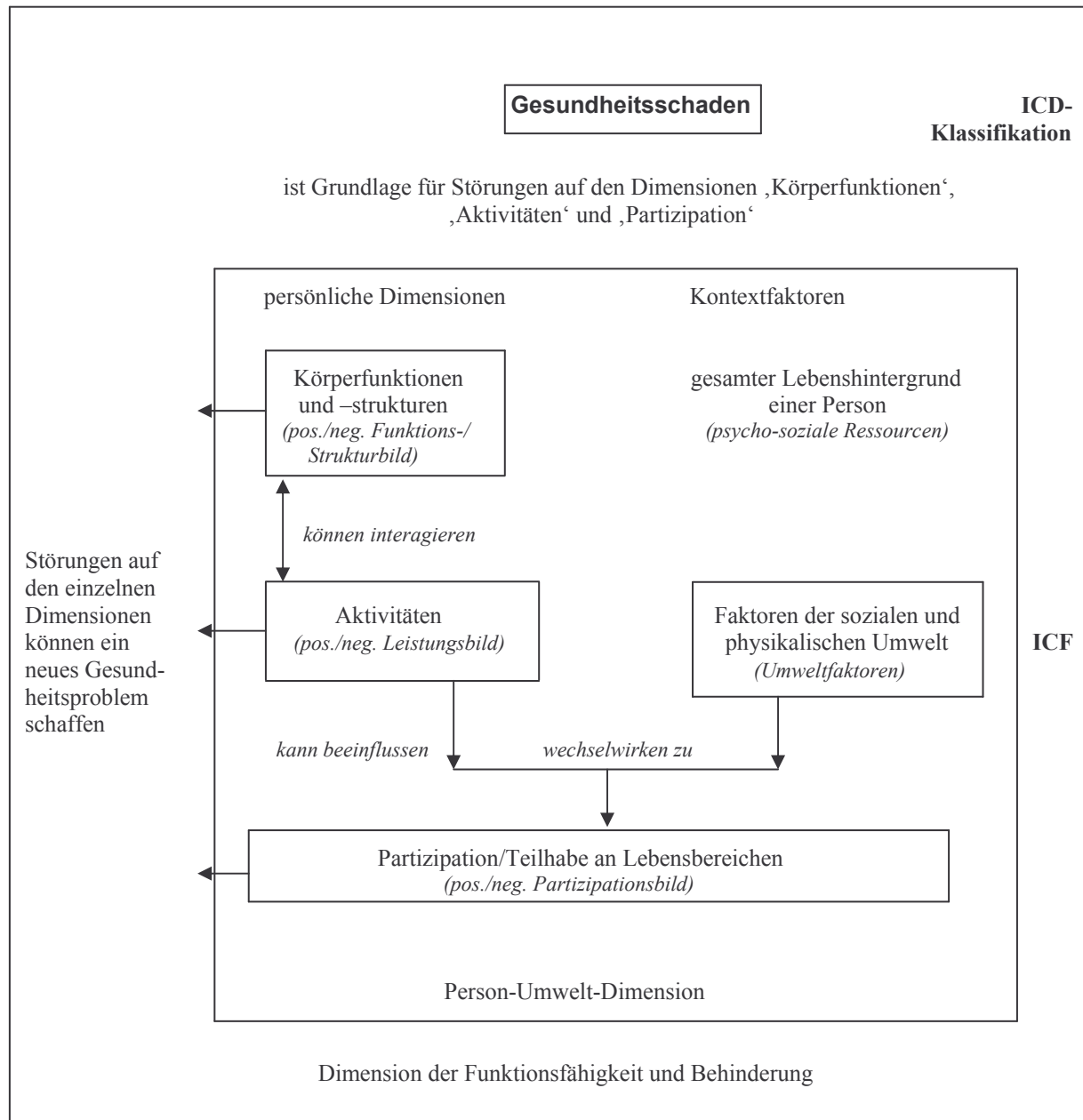
- (1) auf der Ebene des *Körpers*, wo Einschränkungen der körperlichen/psychischen Funktionsfähigkeit festgestellt werden (vgl. ICF, 2001, S. 213);

- (2) auf der Ebene der *Aktivität*, wo die Fähigkeit einer Person zur Ausführung einer Aufgabe beurteilt wird (vgl. ICF, 2001, S. 212);
- (3) auf der Ebene *Partizipation*, wo das Ausmass der Teilhabe einer Person in einem gesellschaftlichen Umfeld betrachtet wird (vgl. ICF, 2001, S. 213).

Diese Ebene entsprechen denjenigen Ebenen, wie sie im bio-psycho-sozialen Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung, dem ICF (2001) beschrieben werden. Die Internationale Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 th Revision, World Health Organisation) klassifiziert Beeinträchtigungen der körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheit. Mit dem ICD-System werden Behinderungen hingegen nicht erfasst. Hier stellt die Weltgesundheitsorganisation WHO als Klassifikationssystem neustens die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, 2001) zur Verfügung, in der es um die nachteiligen Folgezustände und Folgeprozesse von (nicht heilbaren) *Krankheiten* (disease) und *Gesundheitsschädigungen* (impairment) im Sinne von funktionellen Einschränkungen und *Fähigkeitsstörungen* (Disabilities) sowie von *sozialen Beeinträchtigungen im Sinne von ‚Behinderungen‘* (Handicaps) geht. In der ersten aus den 80er Jahren stammenden Version – damals mit dem Kürzel ICIDH (International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps, 1980) bezeichnet – wird *Behinderung* als einfaches Krankheitsfolgemodell konzipiert. Die soziale Bedingtheit wird in diesem medizinisch dominierten Modell vernachlässigt. Der Linearität eines medizinisch dominierten Krankheitsfolgemodells stellen sozialwissenschaftliche Stigmatisierungs- und Etikettierungsansätze entgegen, dass eine Beeinträchtigung durch die Reaktionen der sozialen Umwelt und Umweltfaktoren hervorgerufen oder aufrecht erhalten werden. In diesem Sinne schafft die negative Bewertung (devaluation) der Gesellschaft ‚Behinderungen‘ und ‚Behinderte‘ (Coerkes, 1986, S. 132). Die Diskussionen leiteten eine Hinwendung zu einer prozesshaften, mehrdimensionalen Konzeption ein, die sich nach zwei Jahrzehnten in der Revision des ICIDH niederschlägt. Mit der Revision der Klassifikation (ICF, 2001) wird Behinderung und Funktionsfähigkeit nun als komplexe Beziehung zwischen der körperlichen, geistigen und seelischen Verfassung einer Person und den Faktoren der physikalischen und sozialen Umwelt im Sinne einer dynamischen Wechselwirkung verstanden.

In der revidierten Fassung mit dem neuen Titel „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF, 2001) wird das Handicap-Konzept durch das *Partizipationskonzept* abgelöst. Vor dem Hintergrund ihrer Gesundheit, ihrer *Körperfunktionen* (physiologisch-anatomische oder psychische Funktionen des Körpers), ihrer *Aktivitäten* (verstanden als Durchführung einer Aufgabe oder einer Tätigkeit durch eine Person) und der Kontextfaktoren (wie Eigenschaften der physikalischen und sozialen Umwelt, soziale Einstellungen der Gesellschaft, das Gesundheits-, Rechts-, Bildungs- und Wirtschaftssystem) (ICF, 2001, S. 10) kann eine Person in der *Partizipation* bzw. der *Teilhabe* an den folgenden Lebensbereichen beeinträchtigt sein (ICF, 2001, S. 123-170):

- Partizipation an der persönlichen Versorgung
- Partizipation an Mobilität
- Partizipation an Informationsaustausch
- Partizipation an sozialen Beziehungen
- Partizipation am häuslichen Leben
- Partizipation an Bildung und Ausbildung
- Partizipation an Erwerbsarbeit und Beschäftigung
- Partizipation am Wirtschaftsleben und
- Partizipation am staatsbürgerlichen Leben



**Abbildung 2.1.:** Das bio-psycho-soziale Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung der WHO (dargestellt in Anlehnung an Schuntermann, 1999)

Der Begriff ‚*Behinderung*‘ wird als Oberbegriff für Probleme auf den Dimensionen ‚Körperfunktionen‘, ‚Aktivitäten‘ und ‚Partizipation‘, d.h. Teilhabe am normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft, der Begriff ‚Funktionsfähigkeit‘ hingegen als Oberbegriff für positive und neutrale Aspekte der Dimensionen verwendet (ICF, 2001, S. 11). Dadurch wird es möglich, Ansatzpunkte und Ziele von Interventionen entsprechend dieser drei Dimensionen zu systematisieren und den Begriff der *Rehabilitation*, in diesem Sinne nun verstanden als *Partizipationsstörungen*, die aus *Gesundheitsschäden* und ihren Folgen resultieren, abzuleiten.

Die ICF steht explizit in der Tradition der so genannten „Standard Rules on Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities“, in denen Prävention und Rehabilitation als Grundbegriffe mit dem Ziel der *gleichberechtigten Teilhabe* definiert werden: „Unter

„Rehabilitation“ versteht man einen Prozess, der darauf abzielt, Behinderte zu befähigen, ihre optimale körperliche, sensorische, geistige, psychische und/oder soziale Leistungsfähigkeit zu erreichen und zu erhalten, und ihnen so Mittel in die Hand zu geben, ihr Leben zu verändern und ein grösseres Mass an Unabhängigkeit zu erreichen“ (The Standard Rules on Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, United Nations, dt. Übersetzung vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1995, S. 7).

Dieses Modell ist sicherlich besser als die frühere Version geeignet, Interdependenzen zwischen den aufgeführten Dimensionen zu verdeutlichen und dem mechanistischen Missverständnis, ein bestimmter Gesundheitsschaden führe ganz zwangsläufig zu bestimmten Störungen der Aktivität und Partizipation, vorzubeugen. Dabei ist man allerdings nicht ganz der Gefahr entgangen, sich auf die Binsenwahrheit zurückzuziehen, die besagt, alles hänge ‚irgendwie‘ mit allem zusammen. Immerhin aber sind mit den Begriffen ‚persönliche‘ und ‚umweltbezogene‘ Faktoren zwei Begriffe eingeführt worden, die in einer Theorie der Rehabilitation einen zentralen Stellenwert einnehmen müssen.

Die Invalidengesetzgebung IVG soll hinsichtlich der Fragestellung der erwerblichen Rehabilitation behinderter Frauen auf der Grundlage der vier Funktionen und der drei Ebenen *formal* betrachtet und evaluiert werden.

## **2.2. Kriterien der Wirksamkeit organisatorischer Interventionsmassnahmen**

Soll eine Untersuchung im wesentlichen der Optimierung einer Interventionsmassnahme unter den vorgesehenen Praxisbedingungen und damit auch zur (Weiter-)Entwicklung der zugrunde liegenden Massnahmenkonzeption dienen (Cook & Matt, 1990, S. 17), so ist die Durchführung einer *formativ-analytischen Studie* angebracht. Eine Betrachtung der Interventionsmassnahme unter diesem Blickwinkel verfolgt vor allem zwei Ziele:

### (1) Kontrolle der Ausführungsmöglichkeit

Es ist zu überprüfen, ob und inwieweit die Massnahme in Übereinstimmung mit ihren Vorgaben und ihrer Konzeption ausgeführt werden kann. Im Zusammenhang mit der Invalidengesetzgebung spielen Faktoren wie beispielsweise die Definition von Begriffen wie ‚Eingliederung‘ oder ‚Ausgeglichener Arbeitsmarkt‘ und die Berücksichtigung von Faktoren, welche die Erwerbsarbeit einer versicherten Person beeinflussen können – so etwa Arbeitsmarkt und psychosoziale Faktoren –, eine massgebliche Rolle. Weiterhin wird das Ziel

### (2) der Prüfung der Reichweite der Interventionsmassnahme

verfolgt: Es muss geklärt werden, in welchem Umfang die mit der vorliegenden Studie intendierte Zielgruppe (durch einen Gesundheitsschaden in ihrer Erwerbsfähigkeit beeinträchtigte Frauen) mit der Interventionsmassnahme erreicht werden kann. Diese Frage stellt sich insbesondere bei Massnahmen, deren Anwendung in einem grossen Rahmen beabsichtigt ist. Denn auch die Tatsache, dass die intendierte Zielgruppe nicht oder nur zum geringen Teil erreicht wurde, kann zu einer falschen Beurteilung der Wirksamkeit der Massnahme führen. Hinzu kommt, dass bei der Implementation von Massnahmen im flächendeckenden Einsatz zum Teil andere Probleme und Schwierigkeiten – beispielsweise der Einfluss des Umstandes, ob eine Klientin der Invalidenversicherung (IV) in einer

Grossstadt oder in einer karg bevölkerten Randregion wohnt - auftreten können als bei Beurteilungen lokaler Einzelinterventionen (vgl. dazu Mittag & Hager, 2000, S. 113).

Das primäre Ziel der *summativen Vorgehensweise* im Rahmen der vorliegenden Studie besteht im Gegensatz zum formativ-analytischen Vorgehen darin, die Antwort auf eine Frage zu geben, für die in jedem Fall eine vorläufige Antwort in Form einer empirisch prüfbaren Wirksamkeitshypothese zu geben ist, nämlich die Frage nach dem Auftreten oder Nichtauftreten der erwarteten internen interventionsspezifischen und der extern als verbindlich festgelegten Wirkung. Diese Frage besteht aus zwei Teilen, nämlich

- (1) ob irgend welche Wirkungen aufgetreten sind, und
- (2) wenn dies so ist, ob sich darunter diejenigen interventionsinternen und die extern als verbindlich festgelegten Wirkungen befinden, welche die Interventionsmassnahme anstrebt und die anstrebenswert sind.

Zu den möglichen Wirkungen zählen dabei auch die (erwarteten und unerwarteten) Neben- und Folgewirkungen und ferner solche, die auf Grund der Interventionssituation als solcher und/oder von Reifung, Entwicklung und anderen Faktoren zustande kommen. Ein fehlender Nachweis von Interventionswirkungen muss nicht unbedingt bedeuten, dass eine Massnahme unwirksam oder ungeeignet ist. Mitunter ist dies auch darauf zurückzuführen, dass die geplanten Massnahmen nicht gemäss den verfügbaren Richtlinien entsprechend und/oder nur unvollständig oder falsch durchgeführt wurden („Treatment-Validität“ im Sinne von Patry, 1989). Dies kann sowohl zur Verminderung als auch – im schlimmsten Fall – zur Vortäuschung von Erfolgen führen. Weitere mögliche – im Rahmen der vorliegenden Untersuchung allerdings nicht weiter verfolgten – Fragen wären die Beurteilung nach der Intensität und der Nachhaltigkeit identifizierter Wirkungen. Die Frage nach der Persistenz oder Dauer der erhobenen Wirkungen könnte unter Einbezug von mindestens einer Follow-up-Erhebung beantwortet, und für jede als mehr oder minder dauerhaft ausgewiesene Wirkung ist wieder deren Intensität festzustellen.

Von Interventionsmassnahmen werden spezifische Veränderungen erwartet, die direkt auf diese Massnahmen und auf keine andere Ursache zurückzuführen sind. Diese Erwartungen schlagen sich in aller Regel in den spezifischen Zielen der Interventionsmassnahme nieder, so dass Wirkungen dieser Art sinnvollerweise als *angestrebte* oder *intendierte massnahmengebundene Wirkungen* bezeichnet werden können.

Das für eine theoretische Fundierung notwendige Wirkmodell bezieht sich auf diese Wirkungen, die damit als ‚theoretische‘ Konstrukte angesehen werden, die der Erklärung und Systematisierung der beobachtbaren Befunde dienen. Es ist jedoch niemals sicher auszuschliessen, dass die *Intervention selber* auch für Veränderungen sorgt, die nicht in unmittelbarer Verbindung mit den spezifischen Zielen stehen. Diese *interventionsgebundenen Veränderungen* bzw. *Wirkungen* ergeben sich als Konsequenz der Tatsache, dass Personen überhaupt einer Intervention unabhängig von der konkreten Interventionsmassnahme unterzogen wurden. Sie hängen damit zusammenhängen, dass jede Interventionssituation eine besondere soziale Situation darstellt (vgl. Schmidt-Denter, 1987, S. 846), in der die Verfahrensweise übergreifende, unspezifische, allgemeine Faktoren wirksam werden können. Dies kann z.B. die besondere Zuwendung oder Aufmerksamkeit sein, die diejenige der Massnahme unterzogenen Person erfährt und die sie zu grösserer Anstrengung als üblich veranlasst, so dass zumindest bei bestimmten Variablen, nicht aber notwendigerweise bei allen bessere Leistungen resultieren (vgl. Hager & Hasselhorn, 1995).



Es ist allerdings grundsätzlich denkbar, dass im Verlauf einer Interventionsmassnahme Veränderungen auftreten können, die nicht interventionsgebunden sind. Solche *interventionsunabhängigen Wirkungen* werden häufig mit den Stichworten „Sequenzwirkungen“ (Hager & Westermann, 1983, S. 48-49) oder „zwischenzeitliches Geschehen“ („history“ bei Cook & Campbell, 1979, S. 51) in Verbindung gebracht. Dies findet man beispielsweise in Zusammenhang mit Interventionsmassnahmen, die an Kindern durchgeführt werden, wo mit entwicklungsabhängigen Veränderungsprozessen zu rechnen ist („maturation“ bei Cook & Campbell, 1979, S. 52). Auch zwischenzeitliche Geschehnisse wie der Eintritt eines kritischen Lebensereignisses, beispielsweise der Tod eines nahen Verwandten, kann zu Zweifeln hinsichtlich der Wirksamkeit und damit der Validität der Interventionsmassnahme führen.

### 2.3. *Betrachtung der Interventionskonzeption: Vier Arbeitsschritte*

Die Betrachtung der Interventionskonzeption setzt sich die Analyse und damit die Ausgestaltung und Bewertung der in der Invalidengesetzgebung IVG hinsichtlich der erwerblichen Wiedereingliederung erwerbsunfähiger Frauen formulierten Vorgehensweise zum Ziel. Im Rahmen der vorliegenden Studie werden *vier Arbeitsschritte* unterschieden, die in Abbildung 2.2. – einschliesslich ihrer Aufgliederung in weitere Teilschritte – wiedergegeben werden. Die Auswahl orientiert sich an die Ausführungen von Hager & Hasseldorn (1995) und Mittag & Jerusalem (1997). Jeder Arbeitsschritt soll auf der Grundlage der Leitkonzepte ‚Funktionsbereich‘ und ‚Ebene‘ durchgeführt werden.

Anlass und Ausgangspunkt für die Überlegungen zur Entwicklung einer Interventionsmassnahme erwerblicher Art ist die Wahrnehmung eines zu lösenden Problems. Von daher muss die Konzeption der Interventionsmassnahme eine möglichst genaue Beschreibung von Art und Ausmass des Problems sowie eine Begründung für den zu erwartenden Bedarf an eine erwerbliche Rehabilitationsmassnahme enthalten (vgl. z.B. Rossi et al., 1988). Der erste Arbeitsschritt besteht demzufolge in der **Entscheidung über den Bereich der Interventionsmassnahme (erster Arbeitsschritt)**, insbesondere auch deshalb, weil ‚Problembeschreibungen‘ und ‚Bedarfsbestimmungen‘ oft implizite Wertvorstellungen enthalten, die mit der Begründung der Notwendigkeit bestimmter Massnahmen und deren Zielsetzung einher gehen und von daher in der Massnahmenkonzeption genauer zu explizieren sind (‚Valenzproblematik‘ nach Hager & Hasselhorn, 1995, S. 46).

Mit der Präzisierung des Anwendungsbereiches der Interventionsmassnahme im Sinne einer ‚Ist-Soll-Diskrepanz‘ ist ein weiterer Teilschritt zur Untersuchung der Konzeption angesprochen, der in Abbildung 2 ‚Überführung der Zielvorstellung in Operationsziele‘ bezeichnet wird. Dabei wird zwischen den in abstrakten Begriffen formulierten Zielen und Operationszielen (vgl. Mittag & Jerusalem, 1997, S. 600) unterschieden. Abstrakte Ziele bezeichnen gewünschte Zielvorstellungen oder Ergebniszustände, wie sie von unterschiedlichen, an der Interventionsmassnahme beteiligten Personengruppen formuliert werden. Da sie anfangs oft eher vage sind und zwischen diesen Personengruppen stark divergieren können, ist es notwendig, den gewünschten ‚Soll-Zustand‘ zu konkretisieren und entsprechend in Operationsziele, also handlungsbezogene Zielformulierungen zu überführen. Sowohl abstrakte als auch Operationsziele sind in der Schweizerischen Invalidengesetzgebung IVG zu finden und gelten deshalb als massnahmenpezifisch. Im Rahmen der Zielbestimmung ist zu klären, ob die Interventionsmassnahme bei allen Personen der Zielgruppe zur Anwendung kommt, oder ob es sich als spezifische Massnahme nur auf eine bestimmte Zielgruppe (‚Geschlechtsspezifität‘ und ‚Auswahlkriterien‘) bezieht (vgl.

Brandtstädter, 1982b, S. 38). Der folgende, in Abbildung 2.2. angesprochene Arbeitsschritt bezieht sich auf die **Ausgestaltung der Interventionsmassnahme (zweiter Arbeitsschritt)**. Dabei sollte zunächst die ‚Art‘ (z.B. ein Fertigkeitentraining) und die ‚Form der Interventionsmassnahme‘ (z.B. Verhaltensempfehlungen) und die ‚Geschlechtsspezifität‘ deutlich werden.

<p><b>Erster Arbeitsschritt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Entscheidung über den Bereich der Interventionsmassnahme <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Überführung der Zielvorstellung in Operationsziele <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Definition des Problembereichs</li> <li>⇒ Begründung des Bedarfs einer Interventionsmassnahme</li> <li>⇒ Zielbestimmung („Ist-Soll-Diskrepanz“) <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ abstrakt formuliertes Ziel</li> <li>⇒ operationalisiertes Ziel</li> </ul> </li> <li>⇒ geschlechtsspezifische Unterscheidungen innerhalb der Interventionsmassnahme</li> </ul> </li> <li>⇒ Kriterien der Auswahl der Personengruppen mit einem Anspruch auf die erwerbliche Rehabilitationsmassnahme <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Auswahlkriterien</li> <li>⇒ geschlechtsspezifische Unterschiede</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Funktionsbereiche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Defizitorientierung</li> <li>- Prävention</li> <li>- kurativer Aspekt</li> <li>- Rehabilitation</li> </ul> <p><b>Ebenen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Körper</li> <li>- Aktivität</li> <li>- Partizipation</li> </ul>
<p><b>Zweiter Arbeitsschritt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Ausgestaltung der Interventionsmassnahme <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Art und Inhalt der Interventionsmassnahme <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Form der Interventionsmassnahme</li> <li>⇒ Inhalt der Interventionsmassnahme</li> <li>⇒ geschlechtsspezifische Unterscheidungen</li> </ul> </li> <li>⇒ geschlechtsspezifische Strategie der erwerblichen Rehabilitation <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Strategie der erwerblichen Rehabilitation bei Männern</li> <li>⇒ Strategie der erwerblichen Rehabilitation bei erwerbstätigen Frauen</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>⇒ Leistungsspektrum innerhalb der Interventionsmassnahme</li> </ul>	<p><b>Funktionsbereiche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Defizitorientierung</li> <li>- Prävention</li> <li>- kurativer Aspekt</li> <li>- Rehabilitation</li> </ul> <p><b>Ebenen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Körper</li> <li>- Aktivität</li> <li>- Partizipation</li> </ul>
<p><b>Dritter Arbeitsschritt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Entscheidung zur Auswahl diagnostischer Verfahren <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Zielindikatoren zur Bewertung der Wirksamkeit der Interventionsmassnahme <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Geschlechtsspezifität der erwerblichen Rehabilitation</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Funktionsbereiche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Defizitorientierung</li> <li>- Prävention</li> <li>- kurativer Aspekt</li> <li>- Rehabilitation</li> </ul> <p><b>Ebenen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Körper</li> <li>- Aktivität</li> <li>- Partizipation</li> </ul>

Vierter Arbeitsschritt	Funktionsbereiche
⇒ Bewertung der Massnahme <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Gütekriterium der Legitimierbarkeit               <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Massnahmengebundene, geschlechtsspezifische Wirkung</li> <li>⇒ Legitimierbarkeit der Vorgehensweise zum Erreichen des Ziels der Interventionsmassnahme</li> </ul> </li> <li>⇒ Nachweis der Wirksamkeit der Interventionsmassnahme</li> <li>⇒ Verlässlichkeit der Interventionsmassnahme unter Standardbedingungen</li> <li>⇒ Routinisierbarkeit und Adaptabilität</li> <li>⇒ Wirtschaftlichkeit der Interventionsmassnahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Defizitorientierung</li> <li>- Prävention</li> <li>- kurativer Aspekt</li> <li>- Rehabilitation</li> </ul> <b>Ebenen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Körper</li> <li>- Aktivität</li> <li>- Partizipation</li> </ul>

Abbildung 2.2.: Vier Arbeitsschritte zur Untersuchung der Konzeption der Interventionsmassnahme

Des weiteren ist die in der Massnahme enthaltene ‚*Durchführungsstrategie*‘ genauer darzustellen. Die angesprochene Unterscheidung zwischen ‚Inhalt‘ und ‚Strategie‘ ist insofern nützlich, als Inhalte mit Hilfe unterschiedlicher Strategien vermittelt werden können (vgl. Hasseldorn & Mähler, 2000, S. 86). Bei der Formulierung geeigneter Vermittlungsstrategien soll natürlich auch auf das ‚*Geschlechtsspezifikum*‘ aufmerksam gemacht werden. Schliesslich wird bei der Frage der Ausgestaltung einer Massnahme das zur Verfügung stehende ‚*Leistungsspektrum*‘ zu identifizieren sein.

Im Zusammenhang mit der Formulierung spezifischer Ziele im Rahmen der Zielbestimmung wurden bereits Überlegungen angestellt, die sich auf die Wirksamkeit und die erwarteten Wirkungen der Interventionsmassnahme und die Kriteriumsmasse beziehen. Damit wurde ein weiterer zentraler Arbeitsschritt des Untersuchungsprozesses angesprochen, der als **Entscheidung zur Auswahl diagnostischer Verfahren (dritter Arbeitsschritt)** bezeichnet wird. Dabei wird zu entscheiden sein, welche ‚*Zielindikatoren zur Bewertung der Wirksamkeit der Interventionsmassnahme*‘ herangezogen werden können und inwieweit sich diese Ziele ‚*geschlechtsspezifisch*‘ unterscheiden.

Eine zusammenfassende **Bewertung der Massnahme (vierter Arbeitsschritt)** schliesst an die ersten drei Arbeitsschritte an, wobei die Interventionsmassnahme als Ganzes sowie ihre einzelnen Komponenten im Hinblick auf verschiedene Kriterien zu bewerten sind. Auch wenn noch keine empirischen Belege zur Wirksamkeit und Wirkungsweise vorliegen, sollte das Interventionsprogramm bereits zu diesem Zeitpunkt gemäss den von Hager & Hasselhorn (2000, S. 76-82; vgl. auch Perrez, 1998) vorgeschlagenen Kriterien auf seine ‚*theoretisch-wissenschaftliche Fundierung*‘ hin überprüft werden. Darunter fällt das ‚*Gütekriterium der Legitimierbarkeit*‘, womit der Frage nachgegangen werden soll, zu welchen Konsequenzen das Erreichen oder Nicht-Erreichen der Ziele führen kann (im Sinne der unter 2.2.3. und 2.2.4. aufgezeigten massnahmen-, interventionsgebundenen und interventionsunabhängigen Wirkungen). Neben den Zielen von Interventionsmassnahmen wird zusätzlich die ‚*Legitimierbarkeit der Vorgehensweise zum Erreichen der Interventionsziele*‘ diskutiert. Denn selbst wenn die Ziele wünschenswert und ethisch vertretbar sind, gilt, dass der ‚Zweck nicht immer die Mittel heiligt‘.



Der Nachweis, dass mit dieser Massnahme zur erwerblichen Rehabilitation die angestrebten Veränderungen erzielt werden, ist das zentrale Gütekriterium (vgl. Perrez, 1998b, S. 55). Dies erfolgt durch die Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass das angestrebte Ziel, nämlich die erwerbliche Wiedereingliederung, erfolgreich erreicht werden kann (*„Nachweis der Wirksamkeit der Interventionsmassnahme“*).

Weiterhin wird die Frage nach der *„Verlässlichkeit der Interventionsmassnahme unter Standard-Bedingungen“* diskutiert werden: Jede Massnahme sollte sich unter den Standard-Bedingungen als verlässlich wirksam erweisen (vgl. Herrmann, 1995, S. 30), und zwar sowohl hinsichtlich der Intensität als auch der Nachhaltigkeit ihrer Wirksamkeit.

Für die Praxis ist es zudem wichtig, dass der Erfolg der Interventionsmassnahme relativ unabhängig ist von der IV-Fachperson, die sie durchführt. Ihre erfolgreiche Durchführung sollte also mit vertretbarem Aufwand und deshalb *„routinisiert und auf den Einzelfall adaptiert bzw. angepasst“* durchführbar sein. Bei der Durchführung beispielsweise einer psychotherapeutischen Intervention ist der Aufwand und die Routine der Durchführung sicherlich wesentlich grösser als bei einer Massnahme zur kognitiven Förderung (vgl. Herrmann, 1995).

Von einer Interventionsmassnahme – also auch von der erwerblichen Rehabilitation im Sinne des IVG – ist zuletzt zu fordern, dass der mit ihrer Durchführung verbundene Aufwand in einem vertretbaren Verhältnis zu den angestrebten und erreichten Zielen steht (Prinzip der *„Wirtschaftlichkeit“*) (vgl. hierzu Perrez, 1998b, S. 55).

## **2.4. Betrachtung der Implementation auf der Grundlage eines Modells der erwerblichen Rehabilitation**

Im Rahmen der Betrachtung der Implementation der Interventionsmassnahme wird auf der Frage der Voraussetzungen der Ausführung und der Reichweite und Grenzen der Massnahme der erwerblichen Wiedereingliederung insbesondere erwerbsunfähiger Frauen nachgegangen. Es wird deshalb in Abbildung 2.3. zur *Lokalisation des jeweiligen Diskussionsschwerpunktes* ein **Grundlagenmodell der erwerblichen Rehabilitation** vorgeschlagen, das sich weitgehend an die Terminologie des ICF (2001) orientiert, womit es möglich sein wird, den Zusammenhang der Dimensionen untereinander und die Richtung ihrer Einwirkungen zu beschreiben.

Als letztlich ausschlaggebende Zieldimension der erwerblichen Rehabilitation wird in Anlehnung an das WHO-Schema die Verbesserung bzw. die Wiederherstellung der *Partizipation / Teilnahmemöglichkeit im erwerblichen Bereich* (ICF, 2001, S. 165) betrachtet. Alle übrigen aufgeführten Zieldimensionen im Grundlagenmodell – dargestellt in Abbildung 2.3. – sind unter dieser erwerblichen Perspektive lediglich insofern von Interesse, als sie wichtige Ausgangsbedingungen oder Zielerreichungs-Strategien darstellen.

Prinzipiell ist bei jeder Massnahmenbewertung damit zu rechnen, dass diese nicht nur die gewünschten Effekte in mehr oder weniger starkem Ausmass zeigen wird, sondern zusätzliche Auswirkungen zeigt, die in keiner Weise der Ausgangsintention entsprechen (das Problem ist strukturell ähnlich wie die Trennung von Haupt- und Nebenwirkungen im Therapiebereich). Dies betrifft sowohl die interessierenden Sachverhalte – etwa erfolglose Stellensuche von teilzeiterwerbstätigen Frauen mit Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich in der näheren Umgebung nach abgeschlossener Umschulung – als auch die Studie selbst, die

ihrerseits unerwartete Konsequenzen haben kann, die nichts mit der eigentlichen Zielsetzung zu tun haben – so etwa die Intensivierung der Diskussion der Anpassung der heutigen Invalidengesetzgebung an die gegebenen Arbeitsmarktverhältnisse. Zu einer umfassenden Darstellung einer Interventionsmassnahme gehört es, auch solche Nebenfragen mit zu beachten. Das Zur-Sprache-bringen potentieller Nebenwirkungen ist besonders schwierig, weil diese ja nicht zu den ursprünglich intendierten Massnahmenzielen gehören.

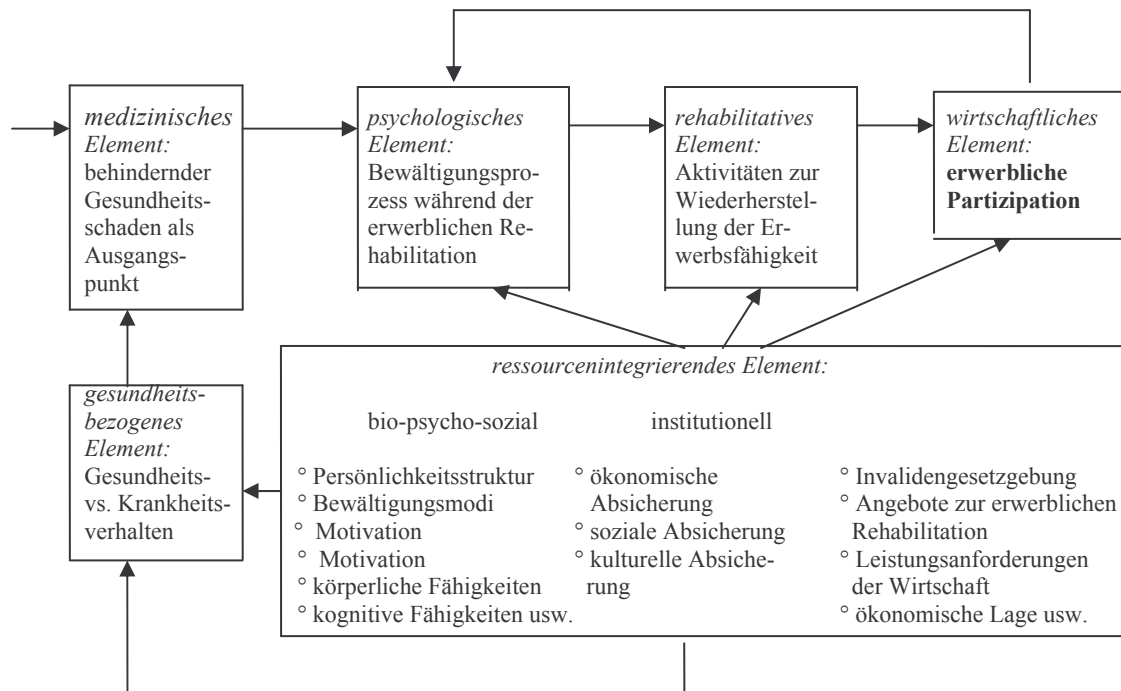


Abbildung 2.3.: Grundlagenmodell der erwerblichen Rehabilitation

Für jede irgendwie von den Interventionsmassnahmen oder der vorliegenden Studie selbst betroffenen Personengruppen wird überlegt, in welcher Weise sich die Massnahmen auswirken können, also ob sie für die jeweiligen Personen

- ein (neues oder zusätzliches) Problem darstellen bzw. zur Folge haben;
- die Mittel für die Bearbeitung bestehender Probleme verändern bzw. erweitern;
- die Handlungsziele beeinflussen;
- die Bewertung der Konsequenzen von Zielerreichungen verändern.

In diesen Fällen wäre es prinzipiell möglich, bei rechtzeitiger Berücksichtigung durch Erweiterung der Fragestellungen hinsichtlich der Realisierung der erneuten Teilhabe am Erwerbsleben dessen Leistungsfähigkeit zu erhöhen. Sei es durch Ergänzung des Kriterienkataloges, methodischer Vorkehrungen oder durch zumindest die Empfehlung vorbereitender Massnahmen, insbesondere eine möglichst weitgehende Vermeidung von Einflussnahme auf die Ausgestaltung und Berichterlegung des Projektes. Ein Problem kann sein, dass die Ausarbeitung solcher denkbarer Nebenfolgen als ‚zynisch‘ bezeichnet und von den Beteiligten als eine unsachgemässe Unterstellung zurückgewiesen wird – irrationales Verhalten politischer Parteien, fehlende Innovationsfreudigkeit, Eigennutz sowie die Berücksichtigung nicht-medizinischer Kriterien bei der Bestimmung der Behandlung durch Ärzte verstossen gegen die sozial akzeptierten Normen der jeweiligen Gruppe. Innerhalb des gewählten Rahmens erfüllt die Darstellung der Implementation im wesentlichen die Funktion der Überprüfung der einzelnen Komponenten des Rahmens der erwerblichen Rehabilitation,

wie ihn die IV-Gesetzgebung vorgibt, im Hinblick auf potentielle Schwachstellen, die den angestrebten Erfolg potentiell und tatsächlich behindern.

Die Beurteilung der Reichweite der Massnahme bezieht sich auf zwei unterschiedliche Aspekte der erwerblichen Rehabilitation, nämlich auf **Instrumentalität** und **Finalität** einer erwerblichen Rehabilitationsmassnahme. Letztlich stellt sich die Frage, **wer überhaupt eine Bewältigung als gelungen definiert**.

Zuletzt wird ein **länderübergreifender Vergleich der Vorgehensweise zur erwerblichen Rehabilitation – Bundesrepublik Deutschland / Schweiz (dritter Arbeitsschritt)** angestrebt. Es werden in diesem Rahmen Unterschiede und Gemeinsamkeiten beider Konzeptionen zur erwerblichen Rehabilitation in formaler Sicht insbesondere von Frauen zur Sprache kommen.

## **2.5. Differentielle Persönlichkeitsprofile der Belastungsbewältigung - Identifikation und Betrachtung ihrer interventionsgebundenen Wirkung auf erwerblich-rehabilitative Massnahmen der Invalidenversicherung**

Ausgehend von dem im Kapitel 2.4. (Abbildung 2.3.) dargestellten Grundlagenmodell zur erwerblichen Rehabilitation wird im Rahmen der nachfolgenden explorativen empirisch-statistischen Studie – unabhängig von gesetzlichen und gesellschaftlichen Hindernissen – die *Wirkung personaler und sozialer Variablen* auf den Verlauf der erwerblichen Rehabilitationsmassnahme, insbesondere auf den Verlauf einer IV-Berufs- und Laufbahnberatung untersucht. Man kann zunächst einmal hypothetisch davon ausgehen, dass diese Merkmale sich positiv oder negativ auf eine potentiell erfolgreiche erwerbliche Rehabilitation auswirken können. Dieser dritte Untersuchungsteil gliedert sich in **zwei Arbeitsschritte** (vgl. Abbildung 2.4.):

Die empirisch-statistische Studie ist Inhalt des **ersten Arbeitsschrittes**. Hierbei wird zunächst auf den theoretischen Hintergrund dieser Studie und auf das benutzte empirische Instrumentarium eingegangen. Die eigentliche Untersuchung beinhaltet sowohl einen *querschnittlichen* als auch einen *längsschnittlichen* Teil. Das Ziel der *Querschnittstudie* ist es, *differentielle Persönlichkeitsprofile*, die den Bewältigungsprozess der dualen Belastung arbeitsunfähiger, aber durchaus erwerbsfähiger Frauen beeinflussen, zu identifizieren. Auf der Grundlage der identifizierten differentiellen Profile werden weiterhin Zusammenhänge mit weiteren Merkmalen personaler und sozialer Art diskutiert.

Mit der *Längsschnittstudie* wird versucht, eine Antwort auf die Frage zu geben, ob sich ein Einfluss der identifizierten differentiellen Persönlichkeitsprofilen auf den Verlauf der rehabilitativen Berufs- und Laufbahnberatung feststellen lässt. Es wird zusätzlich untersucht, welche *Implikationen der formale Erfolgsbegriffs* der Invalidengesetzgebung *auf den Ausgang einer IV-Berufs- und Laufbahnberatung* hat. Im Vordergrund steht stets die interessierende Klientel von Frauen, die durch einen IV-relevanten Gesundheitsschaden in ihrer Partizipationsmöglichkeit am Erwerbsleben eingeschränkt wurden.

### Erster Arbeitsschritt

- ⇒ Empirisch-statistische Studie des Einflusses von Personen- und Sozialvariablen auf die Bemühungen zur erwerblichen Rehabilitation der IV-Berufs- und Laufbahnberatung
  - ⇒ Theoretischer Hintergrund der Studie
  - ⇒ Identifikation der interessierenden Variablen
  - ⇒ Methode
    - ⇒ formale Vorgehensweise
    - ⇒ statistische Vorgehensweise
  - ⇒ Durchführung der Studie
  - ⇒ Darstellung der Ergebnisse

### Zweiter Arbeitsschritt

- ⇒ Schlussfolgerungen für die Rehabilitationspraxis
  - ⇒ Gegen die Wirklichkeit andenken: Implikationen für eine zeitgemässe erwerbliche Rehabilitationspraxis
    - ⇒ invalidenrechtliche Rahmenbedingungen
    - ⇒ Bedeutung für die Grundlagenforschung der erwerblichen Rehabilitation
    - ⇒ Praxis der Auseinandersetzung mit den erwerblichen Teilnahmemöglichkeiten

Abbildung 2.4.: Zwei Arbeitsschritte zur Identifizierung differentieller Persönlichkeitsprofile und Schlussfolgerungen

Es genügt natürlich nicht, aus der gedanklichen Infragestellung gegenwärtig wirkender Bedingungen der potentiellen Diskriminierung behinderter Menschen unmittelbar ein Modell der erwerblichen Rehabilitation abzuleiten. Vielmehr müssen aus den vorhandenen empirischen Erfahrungen ergänzend positive Bilder einer anzustrebenden Wirklichkeit konstruiert werden. Das Augenmerk im Rahmen des **zweiten Arbeitsschrittes** richtet sich deshalb auf die Diskussion der *Konsequenzen* der empirisch gewonnenen Ergebnisse für eine fachlich fundierte erwerbliche Rehabilitation. Es wird aufgezeigt werden, dass diese nur unter Berücksichtigung personaler und sozialer Variablen möglich ist. Der Autor sieht *Ansatzmöglichkeiten zur evolutionären Weiterentwicklung* des erwerblichen Rehabilitationspraxis im Rahmen von drei Ebenen:

- (a) *Ansatzpunkte zur evolutionären Weiterentwicklung der invalidenrechtlichen Rahmenbedingungen der erwerblichen Rehabilitation von Frauen mit einem Gesundheitsschaden;*
- (b) *Bedeutung der Ergebnisse für die Grundlagenforschung der erwerblichen Rehabilitation;*
- (c) *Ansatzpunkte zur evolutionären Weiterentwicklung der Beratungspraxis hinsichtlich der Identifikation erwerblicher Teilnahmemöglichkeiten.*

Es werden auf diesen drei Ebenen Überlegungen zur Theoriebildung hinsichtlich eines alternativen Konzepts, einem Szenario, einer erwerblich-rehabilitativen Gesamtlösung angestellt. Wenn auf der Grundlage dieser Lösung all jene in das Rehabilitationsgeschehen einbezogen werden sollen, die an der normativen Eigenart der erwerblich-rehabilitativen Institution scheitern, dann muss die aussondernde Norm, die organisatorische Erstarrung und

die fremde Abstraktheit dieser Institution modellhaft aufgehoben werden - ohne dass dieser Aufhebung andere starre Organisationsformen als Alternativen entgegen gesetzt werden. Naturgemäss kann es allerdings nicht um eine 'wertneutrale Datenverarbeitung' gehen, sondern um eine standortgebundene, parteiische und anthropologisch begründete Übertragung der auf empirischem Wege erzielten Erkenntnisse auf mögliche Lebensverhältnisse.

### 3. Konzeption der Schweizerischen Invalidengesetzgebung (IVG)

Die schweizerische Invalidenversicherung nach IVG (Invalidengesetz) ist eine 1960 gegründete obligatorische Sozialversicherung, welche das Risiko gesundheitlich bedingter Erwerbsunfähigkeit deckt. Sie will den Versicherten Schutz vor den wirtschaftlichen Folgen eines körperlichen, psychischen oder geistigen *Gesundheitsschadens* bieten, der durch Krankheit, Unfall oder durch ein Geburtsgebrechen entstanden ist.

#### 3.1. *Bereichsspezifität der Interventionsmassnahme*

Als Anlass zur Entwicklung einer Interventionsmassnahme im Sinne der Integration von behinderten Menschen gilt Art. 11 Abs. 1 der Schweizerischen Bundesverfassung (BV), wonach der Bund – ausgehend vom ‚Defizitgedanken‘ – rehabilitative Massnahmen für eine ausreichende Vorsorge für Menschen zu treffen hat, die infolge eines Gesundheitsschadens nicht (mehr) in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt in selbständiger Weise zu bestreiten. Dabei enthalten weder Art. 111 noch Art. 112 BV ausdrückliche Regeln über die Verteilung der notwendigen Leistungen an Männer und Frauen.

Diese Bestimmungen sehen ausdrücklich vor, dass bei der Leistungsverteilung nach Geschlecht, Erwerbsstatus (im Sinne von unselbständig oder selbständig, einer Voll- oder atypischen Beschäftigung oder gar Nichterwerbstätigkeit), Erziehungs- und Betreuungspflichten oder Zivilstand nicht unterschieden werden darf. Vielmehr ergeben sich aus Art. 8 BV grundsätzliche Regeln über die Leistungsverteilung an Frauen und Männern, wonach alle Menschen unabhängig von Geschlecht, Rasse usw. gleichberechtigt sind. Mann und Frau sind gleichberechtigt, wobei das Gesetz für ihre rechtliche und tatsächliche Gleichstellung, vor allem in Familie, Ausbildung und Arbeit sorgt. Mann und Frau haben zudem Anspruch auf gleichen Lohn für gleichwertige Arbeit (Art. 8 Abs. 3 BV). Die BV fordert heute die umfassende Gleichstellung der Geschlechter in der Invalidenversicherung.

*Leistungen der Invalidenversicherung IV nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG)* kann diejenige Person beanspruchen, dessen gesundheitliches Defizit, so beispielsweise ein Rückenschaden, eine Aktivitätsbeschränkung nach sich zieht, die die Möglichkeit der erwerblichen Partizipation massgeblich einschränkt. Eine erhebliche Einschränkung der erwerblichen Partizipation liegt dann vor, wenn die Einschränkung der erwerblichen Partizipation

- (a) langdauernd ist, und zwar als *Folge des Gesundheitsschadens*: Der Rückenschaden verhindert über eine längere Zeitperiode hinaus – im Art. 29 IVG wird von einem Zeitraum von länger als einem Jahr gesprochen – eine weitere Teilnahme am Erwerbsleben (Gesundheitsschaden als Ursache im Sinne von Art. 4 IVG); oder
- (b) wenn eine massgebliche Einschränkung der Erwerbsfähigkeit mit Sicherheit vorausgesagt werden kann – obwohl die Invalidengesetzgebung *keinen umfassenden Präventionsgedanken* kennt (ausgenommen allerdings sind Geburtsgebrechen; Art. 13 IVG), wirkt der Rehabilitationsträger IV nach Möglichkeit vorsorglich darauf hin, dass sich ein Gesundheitsschaden *in absehbarer Zukunft nicht* auf die Fähigkeit der



wirtschaftlichen Teilnahme auswirken kann – dass sich die Rückenproblematik beispielsweise eines Maurers innerhalb des bevorstehenden Jahres – in der Praxis wird dieser Zeitraum als Abgrenzungskriterium angenommen – auf seine Fähigkeit zur wirtschaftlichen Teilnahme auswirken wird, berechtigt den Maurer zum Bezug von IV-Leistungen (‘unmittelbar drohende Invalidität’ gemäss Art. 8 IVG in Funktion zu den massgeblichen erwerblichen Betätigungen).

Was wird im Invalidenrecht unter dem Begriff ‘Schaden’ verstanden? Nach einer geläufigen Umschreibung des Bundesgerichtes ist im Rechtssinne ein ‘Schaden’ eine *unfreiwillige Vermögensverminderung*, die in einer Verminderung der Aktiven, einer Vermehrung der Passiven oder in entgangenem Gewinn bestehen kann. Er entspricht dem Unterschied zwischen dem gegenwärtigen Vermögensstand der geschädigten Person und dem Stand, welchen dieses Vermögen ohne das schädigende Ereignis hätte (Bundesgerichtsentscheid BGE 115 II 481 E. 3a.), beinhaltet also klar den Gedanken einer *‘Ist-Soll-Diskrepanz’*.

‘Schaden’ im Rechtssinne ist damit stets *materieller, vermögenswerter Natur*. Dies gilt auch für die Beeinträchtigung der körperlichen Integrität: *Zu einem Schaden führt eine Beeinträchtigung der Aktivitätsmöglichkeiten lediglich dann, wenn und soweit sie sich in der Möglichkeit der Teilhabe am Erwerbsleben, d.h. in der wirtschaftlichen Partizipation auswirkt*. Rechtlich ausgeglichen wird demnach nicht der defizitäre pathologische Zustand an sich, sondern die verminderte oder gar vollständig verlorene Fähigkeit (die Möglichkeit einer ‘Aktivität’) zur nutzbringenden Entfaltung der Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt. Der Verlust eines Fingers schmerzt zwar den Sonderpädagogen wie den Pianisten, trifft sie wirtschaftlich allerdings höchst unterschiedlich, denn den einen hindert dieser Verlust kaum an der Ausübung seiner Erwerbstätigkeit, den anderen hingegen vollständig. Entsprechend wird der Sonderpädagoge durch den Fingerverlust sozialversicherungsrechtlich betrachtet bloss geringfügig geschädigt, der Pianist hingegen massiv. Beeinträchtigt deshalb ein Gesundheitsschaden die Leistungsfähigkeit der betroffenen Person, sei es in einer Erwerbstätigkeit, im häuslichen Aufgabenbereich oder bei der Schulung und Ausbildung, so übernimmt die IV aus Gründen der ‘Rehabilitation’ im Sinne einer *Wiederherstellung der wirtschaftlichen Partizipationsmöglichkeiten* die Mehrkosten bei Schulung und Ausbildung, den Mehraufwand für Pflege und Betreuung und die Mehrkosten beim Ausfall der Arbeitskraft in Haushalt und Familie. Einkommenseinbussen, die auf den Gesundheitsschaden zurückzuführen sind und nicht durch Rehabilitationsmassnahmen *massgeblich* verringert werden können, werden in Form einer Rente abgegolten: Ein *monetär-defizitärer* Zustand wird in finanzieller Hinsicht *‘kurativ’* ausgeglichen.

Dieser Gedanke der Rehabilitation ist im Schweizerischen Invalidenversicherungsrecht IVG mit dem explizit formulierten Ziel der erwerblichen Integration verankert. Demnach ist die IV als Rehabilitationsträgerin ihrer Zielsetzung, nämlich einen behinderten Menschen einen seinen ‘Fähigkeiten und soweit als möglich auch den Neigungen’ (Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art KSBE, Randziffer Rz 1006) entsprechenden Platz in der Wirtschaft zu *ermöglichen*, grundsätzlich verpflichtet. Da diese abstrakte Zieldefinition des Gesetzgebers, mit der Absicht einer dauerhaften und vor allen Dingen umfassenden Eingliederung von in erwerblicher Hinsicht Behinderter, mit Schwierigkeiten hinsichtlich der Operationalisierung verbunden ist, gilt die ‘Eingliederung in das Erwerbsleben’ (Art. 8 Abs. 2 IVG) als objektiv feststellbares Kriterium für *soziale* Wiedereingliederung als konsensfähig und wird allgemein als zufriedenstellende Lösung akzeptiert.

„Implizit enthalten ist hier der normative Aspekt, nach dem der Erwerbstätigkeitsposition die zentrale Position im Leben eines Menschen zukommt. Erwerbstätigkeit hat demnach nicht nur die blosser Funktion der Bestreitung des Lebensunterhalts; vielmehr wird betont, dass der grösste Teil der sozialen Rollen und Sozialbeziehungen eines Individuums durch seine Stellung in der beruflichen Hierarchie vermittelt wird, und zwar nicht nur im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Arbeitsleben, sondern auch im privaten und gesellschaftlichen Bereich, in dem Position und Status einer Person weitgehend an seiner Erwerbstätigkeit fixiert sind“ (Wasilewski, Fassmann & Passenberger, 1985, S. 30). Dieser normative Aspekt der Erwerbstätigkeitsposition drückt sich explizit im Begriff der ‚Invalidität‘ aus, wie er innerhalb der Schweizerischen Invalidengesetzgebung Verwendung findet.

Ausschlaggebend erscheint in diesem Zusammenhang eine Differenzierung zwischen den für die Feststellung einer ‚Invalidität‘ bedeutsamen Begriffen ‚*Arbeitsunfähigkeit*‘ und ‚*Erwerbsunfähigkeit*‘. Als *arbeitsunfähig* gilt nun eine Person unabhängig von ihrem Geschlecht, die infolge eines Gesundheitsschadens ihre *bisherige Tätigkeit* - sei dies nun in Form der Ausübung des bisherigen Berufes oder im häuslichen Aufgabenbereich - nicht mehr, nur noch beschränkt oder nur unter der Gefahr, ihren Gesundheitszustand zu verschlimmern, ausüben kann (‘Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts’ ATSG, Art. 6). *Erwerbsunfähigkeit* als zentraler Begriff in der IV-Gesetzgebung IVG hingegen bedeutet das gesundheitlich bedingte Unvermögen der betroffenen Person, durch Verwertung ihrer verbleibenden Fähigkeiten und Kompetenzen auf dem für sie in Frage kommenden Arbeitsmarkt *Erwerbseinkünfte*, also ein eigentliches Gehalt zu erzielen (Art. 7 ATSG; vgl. auch Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter SAEB, 1996; Murer & Stauffer, 1997). Die schweizerische Invalidengesetzgebung versichert demnach *Erwerbsunfähigkeit*, nicht *Berufsunfähigkeit*. Sie kennt damit den Begriff der *Berufsinvalidität* nicht (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung KSIH, Randziffer Rz 1019). Verwehrt daher eine körperliche, geistige und/oder psychische Behinderung einer Person lediglich den Zugang zu einem oder einigen wenigen Berufen, ohne im übrigen die freie Berufswahl wesentlich zu behindern, so beeinträchtigt dieser Umstand seine Erwerbsfähigkeit nicht, d.h. die Person ist nicht als ‚invalid‘ im Sinne der Invalidengesetzgebung zu betrachten (vgl. KSIH Rz 1005 und den Begriff der ‚Zumutbarkeit einer Arbeitsleistung‘).

Wird eine Person jedoch in ihrer Arbeitsfähigkeit zu mindestens ca. 20 % beeinträchtigt, so ist sie zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung unterschiedlicher Art berechtigt (Art. 4 IVG). Das *vordergründige Ziel* allerdings besteht per definitionem stets in der *Wiedereingliederung in die Erwerbswelt*, damit die Person ein annähernd gleiches Erwerbseinkommen wie vor Eintritt der Behinderung erzielen kann. In diesem Sinne deckt das schweizerische Sozialversicherungssystem also das Risiko gesundheitlich bedingter Erwerbsunfähigkeit.

Als ‚*Invalidität*‘ gilt im Rahmen der Sozialversicherungsgesetzgebung demnach die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 8 ATSG). Invalidität wird also definiert als die Beeinträchtigung der Fähigkeit, ein Erwerbseinkommen zu erzielen. Diese Definition gilt – zumindest in der Theorie – grundsätzlich sowohl für Erwerbstätige, für Beschäftigte im Rahmen einer atypischen Beschäftigungsform als auch für Nicht-Erwerbstätige. In diesem Fall spricht man von *spezifischer Arbeitsunfähigkeit*, d.h. „von der Unfähigkeit oder der verringerten Fähigkeit, sich im angestammten Aufgabenbereich (z.B. im Haushalt, Studium) zu betätigen“ (Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung KSIH, Randziffer Rz 1018).

### 3.2. **Ausgestaltung der Interventionsmassnahme**

Die Sicherung der Partizipation, also der Teilhabe am wirtschaftlichen Leben von Menschen mit einem Gesundheitsschaden ist – wie bereits mehrmals erwähnt – auf gesetzlicher Grundlage durch das IVG (Invalidenversicherungsrecht) und die dazugehörigen Verordnungen und Massnahmenregelungen als *rechtliches Verfahren* festgelegt. Die Massnahmen zur beruflichen Eingliederung umfassen unabhängig vom jeweiligen Geschlecht folgende Leistungen, wie sie im ‚Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art‘ KSBE eingehend beschrieben werden (vgl. dazu auch die Kapitel 3.2.3. und 3.3.) :

- IV-Berufs- und Laufbahnberatung (Art. 15 IVG);
- Erstmalige berufliche Ausbildung (Art. 16 IVG);
- Umschulung (Art. 17 IVG Abs. 1);
- Arbeitsvermittlung (Art. 18 Abs. 1 IVG) und
- Kapitalhilfe (Art 18 Abs. 2 IVG).

Die Anspruchsvoraussetzungen und der Umfang der jeweiligen Leistungen sind bei all diesen Massnahmen unterschiedlich. Bei der Erstmaligen beruflichen Ausbildung übernimmt die IV z.B. nur die invaliditätsbedingten Mehrkosten, bei der Umschulung sämtliche Ausbildungskosten. Auch die Taggelder – verstanden als Lohnersatz während einer invaliditätsbedingten Ausbildung – sind bei einer Umschulung höher als bei der Erstausbildung.

#### 3.2.1. **Der Invaliditätsbegriff und seine Folgen 1: Unterschiedliche Entscheidungsprozesse bei der Bestimmung des Invaliditätsausmasses von Männern und Frauen**

Die erwerbliche Eingliederung ist das oberste Ziel der IV – allerdings wird dieses Ziel nicht bei allen Versicherten tatsächlich angestrebt. Wer Haus-, Erziehungs- und Betreuungsarbeit leistet, wird in der Regel nicht in eine Erwerbstätigkeit integriert. Es bestehen also Unterschiede nach dem Erwerbsstatus und indirekt sogar nach dem Geschlecht. Auch Zivilstand und Bedarf können je nach Situation eine bedeutende Rolle spielen – jedenfalls bei Frauen.

Bei *bereits erwerbstätigen Personen*, die wegen eines Gesundheitsschadens zumindest potentiell in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sind, ist das Vorgehen dynamisch: Der Blick ist auf eine zukünftige maximale Verwertung ihrer Leistungsfähigkeit auf dem gesamten Arbeitsmarkt gerichtet, der der versicherten Person angesichts ihrer Fähigkeiten und Neigungen und nach einer eventuellen erforderlichen Ausbildung im Rahmen einer Umschulung offensteht. Ziel ist stets die wirtschaftliche Unabhängigkeit.

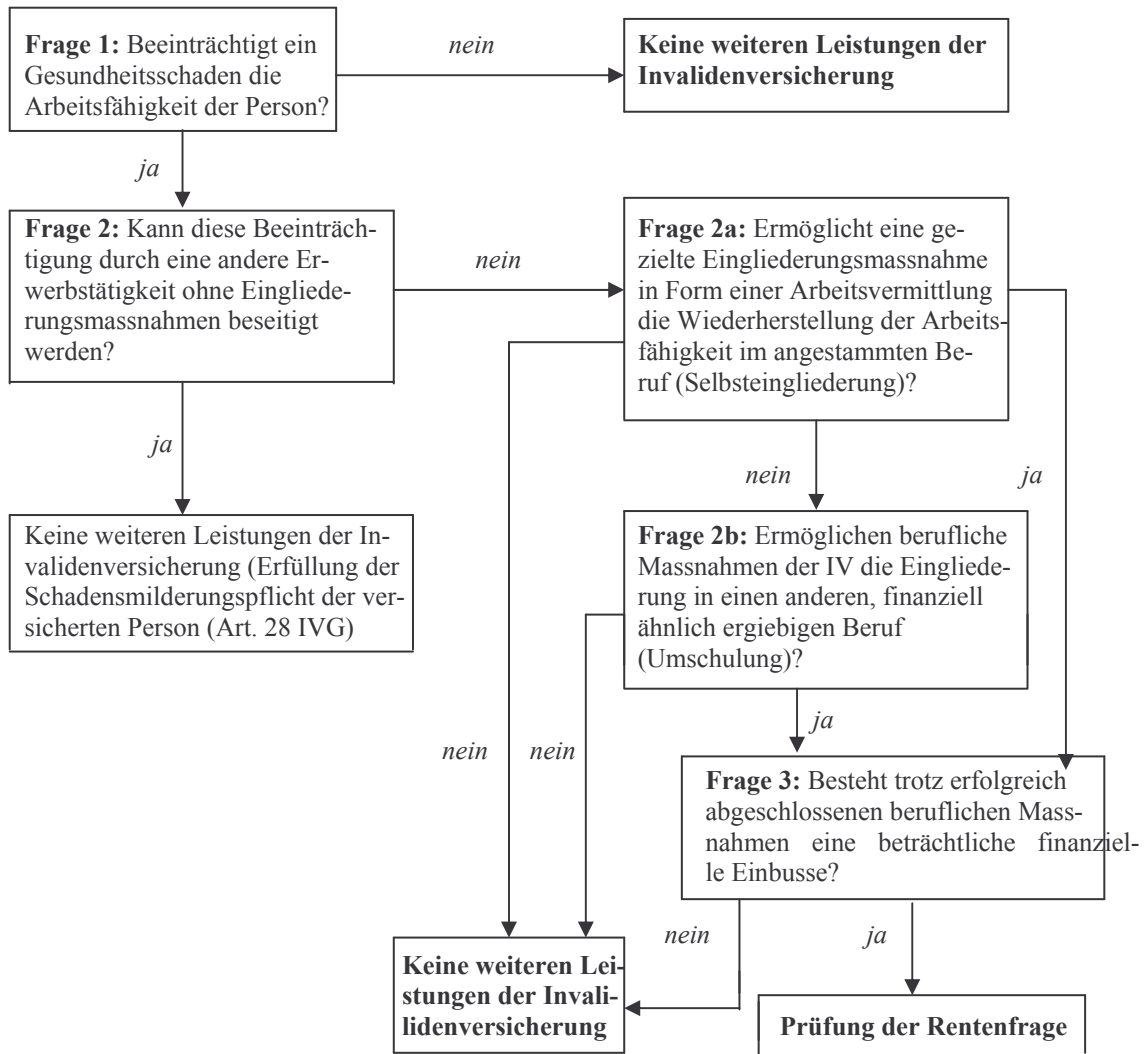


Abbildung 3.1.: Entscheidungsprozess bei der Bestimmung des Invaliditätsausmasses bei erwerbstätigen Personen

Bei nicht-erwerbstätigen versicherten Personen, also Personen beispielsweise, die im häuslichen Aufgabenbereich tätig sind, verläuft die Prüfung allerdings anders: Hier ist das Vorgehen eher als statisch zu bewerten: Der Blick lediglich auf den bisherigen Tätigkeitsbereich ‚Haushalt‘ fixiert. Allfällige Eingliederungsmassnahmen wie beispielsweise Schulung und Ausbildung für eine effizientere Verwertung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit im Haushalt oder Hilfsmittel zählen nicht zu den eigentlichen Eingliederungsmassnahmen, die eine tatsächliche keine wirtschaftliche Eigenständigkeit vermitteln. Die versicherte Person wird in wirtschaftlicher und persönlicher Abhängigkeit vom Partner und anderen Angehörigen zurückgehalten.

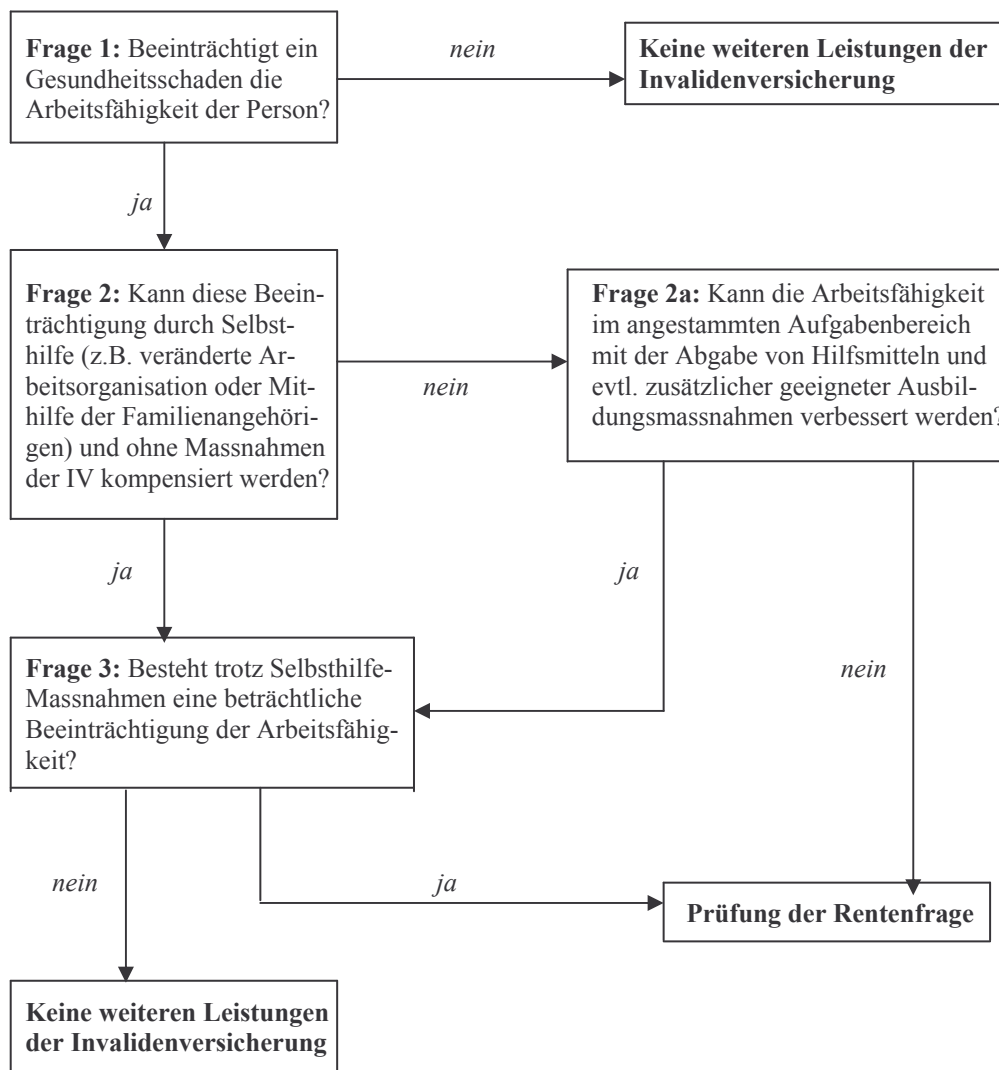


Abbildung 3.2.: Entscheidungsprozess bei der Bestimmung des Invaliditätsausmasses bei nicht-erwerbstätigen Personen im ‚häuslichen Aufgabenbereich‘

Die traditionelle Rollenzuweisung hat sich in den gesetzlichen Definition von Invalidität in offensichtlicher Weise niedergeschlagen: Diese ist bei erwerbstätigen und bei nicht erwerbstätigen Personen mit Familienpflichten unterschiedlich ausgefallen. Invalidität wird – wie unter 3.1.1. bereits ausführlich dargestellt – als die Unfähigkeit definiert, Geld zu verdienen. Diese Definition der Invalidität gilt – mindestens theoretisch – grundsätzlich sowohl für Erwerbstätige als auch für Nicht-Erwerbstätige. Es gibt allerdings Personen, bei denen man diese Invaliditätsdefinition bei der Verfassung der IV-Gesetzgebung nicht als zutreffend empfunden hat, namentlich bei Hausfrauen. So hiess der Wortlaut der Botschaft zum ersten IVG:

„Dagegen wird man Hausfrauen und Mitgliedern religiöser Gemeinschaften, die vor Eintritt der Invalidität nicht erwerbstätig waren, in der Regel nicht zumuten können, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Das würde der Bedeutung des Familienlebens und dem besonderen Charakter der religiösen Gemeinschaften widersprechen. Deshalb kann hier das Kriterium der Erwerbsunfähigkeit nicht verwendet werden. Die Expertenkommission hat denn auch

vorgeschlagen, in diesen Fällen auf die Unfähigkeit der Versicherten, sich in ihrem bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, abzustellen“ (BB1 1958 II 1162)

Die Zuteilung zu einer dieser Gruppen richtet sich laut Gesetz nach dem Kriterium der Zumutbarkeit der Ausübung einer Erwerbstätigkeit

- in die erste Gruppe fallen Versicherte, die vor Eintritt der Invalidität erwerbstätig waren, und solche, die zwar nicht erwerbstätig waren, denen die Ausübung einer Erwerbstätigkeit allerdings zugemutet wird (Art 4 Abs. 1 IVG, Art. 5 Abs.1 IVG);
- in die zweite Gruppe fallen Versicherte, die vor Eintritt der Invalidität nicht erwerbstätig waren, und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet wird (Art 5 Abs. 1 IVG).

Die unterschiedlichen Definitionen wirken sich auf den Entscheid der Invalidenversicherung aus, was im Fall einer Invalidität vorzukehren ist und welche Leistungen beansprucht werden können. Bei Angehörigen der Gruppe der Erwerbstätigen gilt es, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, und zwar auf dem gesamten jeweils offen stehenden Arbeitsmarkt. Bei Angehörigen der Gruppe der Nicht-Erwerbstätigen gilt es lediglich, die beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit im häuslichen Aufgabenbereich wiederherzustellen.

Das Gesetz äussert sich nicht ausdrücklich zur Frage, ob eine invalide Familienfrau Anspruch auf Umschulung in eine Erwerbstätigkeit hat oder nicht. Legt man den Invaliditätsbegriff jedoch wie geschildert aus, steht bei Frauen die Eingliederung im Haushalt im Vordergrund, vor allem dann, wenn der Ehemann wirtschaftlich relativ gut dasteht. Bei Männern wird die wirtschaftliche Lage der Ehefrau beim Anspruch auf IV-Leistungen nicht geprüft. Versicherungsleistungen werden also zum Nachteil von Frauen zu *Bedarfsleistungen* umfunktioniert. Diese Einschränkung ergibt sich nicht aus dem Gesetz, hängt allerdings mit dem Invaliditätsbegriff und seiner heutigen Auslegung zusammen.

### **3.2.2. Der Invaliditätsbegriff und seine Folgen 2: Unterschiedliche Nutzung der beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten durch die Geschlechter**

Sowohl die versicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen als auch das Leistungsspektrum der gesetzlichen Leistungsträger sind für Frauen und Männer grundsätzlich gleich definiert. Wird allerdings der reale Alltag der Zeitverwendung beider Geschlechter gezielt als ‚Störvariable‘ eingesetzt, so ergibt sich ein gänzlich anderes Bild:

Der männliche Lebenslauf ist in der Regel gekennzeichnet von einer lebenslangen Vollzeitbeschäftigung. Auch in der partnerschaftlichen Eheführung nehmen Haus- und Familienarbeit für den Mann einen untergeordneten Stellenwert ein (Strub & Bauer, 2002). Beim weiblichen Lebenslauf existiert eine grössere Variabilität. Jahn, Maschewski-Schneider, Babitsch & Bammann (1998), Gisler (1997), und Borkowsky & Streckeisen (1989) arbeiteten auf der Grundlage umfangreicher empirischer Studien mehrere unterschiedliche Modelle weiblicher Lebensläufe heraus:

- ° *Modell 1:* ‚mit Kind/ern nacheinander‘; hierzu zählen Frauen, die Ihre Erwerbstätigkeit mindestens einmal für mindestens zwei Jahre unterbrechen, so dass sich ein ‚Drei-Phasen-Modell‘ ergibt: Berufstätigkeit – Kinder- und Familienphase/n – (Wieder-) Einstieg/e ins Erwerbsleben (Gisler, 1997, S. 206);



- ° *Modell 2*: ‚mit Kind/ern gleichzeitig‘; hierzu zählen Frauen mit Kind/ern und gleichzeitiger Berufstätigkeit bzw. nur kurzen Unterbrechungen der Erwerbstätigkeit bis zu 24 Monaten (‚*Kombinations-Modell*‘ nach Gisler, 1997, S. 206);
- ° *Modell 3*: ‚mit Kind/ern und Familie‘; hierzu zählen Frauen, die ihre Erwerbstätigkeit mit der Geburt des ersten Kindes bzw. der Heirat aufgeben, und Frauen, die niemals erwerbstätig sind. Gisler (1997, S. 206) benennt dieses Modell ‚*Zwei-Phasen-Modell*‘;
- ° *Modell 4*: ‚ohne Kind/er und erwerbstätig‘; hierzu zählen Frauen ohne Kinder, die durchgängig erwerbstätig sind (‚*Nur-Beruf-Modell*‘ nach Gisler, 1997, S. 206).

Die – männliche – ‚Normalbiografie‘, wie sie der weiblichen Erwerbsbiografie im ‚Modell 4‘ und annähernd dem ‚Modell 1‘ entspricht, wird im Gegensatz zu den übrigen Erwerbsbiografien, gesellschaftlich stark unterstützt (Bauer, 2000; Gisler, 1997; Hurni & Stalder, 1994; Borkowsky & Streckeisen, 1989). Unter der für die vorliegende Studie geltenden Voraussetzung, dass bei einem Paar mit Kindern bei vollständig freier Entscheidung der Vater einer Vollzeit-Erwerbstätigkeit nachgeht, die Mutter hingegen während der Kinderphase teilweise aus der Erwerbsarbeit aussteigt, akkumuliert sich in der Folge durch die Arbeit der Ehefrau im häuslichen Aufgabenbereich haushaltsspezifisches Handlungswissen, das die Frau auf dem Arbeitsmarkt lediglich begrenzt einsetzen kann. Zudem wird sie ihr zuvor akkumuliertes erwerbsspezifisches Handlungswissen während einer Tätigkeit in Rahmen einer atypischen Beschäftigungsform zu einem mehr oder weniger grossen Teil verwerten können. Das heisst, dass sich ihre Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt verschlechtern. Dabei ist es durchaus möglich, dass ihre finanzielle Einbusse höher ist als die Verbesserung der Arbeitsmarktposition, welche der Partner durch die weitere Akkumulation seines erwerbsspezifischen Handlungswissens erreicht. Selbst wenn dies nicht der Fall sein sollte, wird das Risiko von unvorhergesehenen Einkommensausfällen bei dieser Form der Arbeitsteilung grösser. Dies stellt eine Art von ‚Klumpenrisiko‘ dar, bei dessen Ausfall das Haushaltseinkommen schlagartig reduziert wird und durch einen vollständigen Erwerbseinstieg der Frau nur allmählich erhöht werden kann. Bei einem gleichmässig verteilten Erwerbseinkommen führt der Ausfall des Einkommens des Partners nur zu einer Halbierung des Haushaltseinkommens, das durch eine erhöhte Erwerbstätigkeit der Frau weiter erhöht werden kann. „Unter dem Gesichtspunkt der Wohlfahrtsmaximierung über den gesamten Familienzyklus hinweg mag dann eine Spezialisierung auf Hausarbeit in einzelnen Phasen eine suboptimale Lösung darstellen (Ott, 1993, S. 122). Gerade bei der Frage der Zeitverwendung stellen laufende Interessengegensätze und Aushandlungen (wer übernimmt die Betreuung der Kinder, wenn Mutter und Vater am selben Abend eine Sitzung haben?) den Normalfall dar. Wenn diese Betrachtungsweise den Überlegungen zur Bedeutung des häuslichen Aufgabenbereiches für den Fall des Eintritts eines Gesundheitsschadens bei der Frau zugrunde gelegt wird, verändert sich die Verhandlungsposition *immer* zuungunsten der Frau. Die für den Mann zutreffende Spezialisierung auf Marktarbeit bedeutet die Akkumulation von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die am Markt jederzeit verwendet werden kann. Sie führt somit zu einer individuellen Steigerung der Einkommenskapazität, die auch im Konfliktfall – sei es bei einer Scheidung oder beim Eintritt eines Gesundheitsschadens – grösstenteils erhalten bleibt.

Vergleichbares gilt nicht für die Spezialisierung auf den häuslichen Aufgabenbereich. Zwar ergibt sich auch hier im Laufe der Zeit eine Steigerung der Produktivität durch entsprechende Akkumulation von spezifischem Handlungswissen, das sich aber nur im jeweiligen Haushaltskontext voll verwerten lässt. Im Fall eines Gesundheitsschadens gehen der neben

der in Teilzeit ausgeübten Erwerbstätigkeit gleichzeitig auf Haushaltsproduktion spezialisierten Frau die Tauschmöglichkeiten grösstenteils verloren. Die Asymmetrie in der langfristigen Entwicklung des Handlungswissens hat erneut Rückwirkungen auf die Verhandlungssituation in der Familie. Wenn beispielsweise ein Paar mit gleichen Berufsmöglichkeiten beschliesst, dass in einer ersten Phase die Frau bei den Kindern zuhause bleibt und der Mann voll in den Beruf einsteigt und diese Rollen in einer zweiten Phase getauscht werden, so wird sich im Lauf der ersten Phase das zu Anfang noch vorhandene Gleichgewicht stark verschoben haben. Der Rollentausch wird zu einer Einbusse an Haushaltseinkommen führen und die Frau wird – falls sich ihre Partner gegen den Rollentausch wehrt – geringe Durchsetzungsmöglichkeiten haben, da sie im Konfliktfall (Eintritt des Gesundheitsschadens) ökonomisch erheblich schlechter dasteht. Die Praxis zeigt denn auch dementsprechend, dass Frauen mit einem Gesundheitsschaden durch Teilzeiterwerbstätigkeit, Kindererziehung und Haushalt mehrfach belastet sind und daher seltener an Rehabilitationsmassnahmen teilnehmen (vgl. hierzu Worringen & Zwingmann, 2001; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Publikation vom Dezember 2001). Sie sind auch länger und häufiger arbeitslos.

Frauen sind unter den Personen, die einen tieferen Lohn beziehen, übervertreten (Bundesamt für Statistik BfS, Pressemitteilung vom November 2001). Das Einkommen, das sie als Invalide erzielen können, weicht oft nicht sehr stark von den bereits tiefen Einkommen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ab. Der Umschulungswunsch setzt aber eine ungefähr 20 % ige Erwerbseinbusse voraus. Kleinere Einkommenseinbussen werden als zumutbar betrachtet, die Umschulung zu Lasten der IV also oft abgelehnt. Es sind gerade Frauen, die die 20 %-Hürde nach einem Gesundheitsschaden nicht erreichen. So kann eine in Teilzeit erwerbstätige Frau nach Eintritt des Gesundheitsschadens alternativ eine einfache repetitive, ihre körperlichen Einschränkungen berücksichtigende, ebenfalls in Teilzeit ausübbarer Tätigkeit in einem Kleinbetrieb zugemutet werden, womit keine eigentliche Umschulungsmassnahme verbunden ist – eine tatsächliche Einkommenseinbusse ergibt sich aus dem Vergleich des Gehaltes vor Eintritt des Gesundheitsschadens mit dem Gehalt, das sie mit der Ausübung der alternativen Tätigkeit erzielen könnte, nicht, weshalb auch keine rentenbegründende Erwerbseinbusse ausgewiesen ist: Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht ist die versicherte Person ‚optimal‘ eingegliedert. Welche Tätigkeiten im Einzelfall zumutbar und zureichend sind, ist eine Frage, die von individuellen Werturteilen und dem Ermessen der entscheidenden Behörden abhängig ist (vgl. hierzu eingehender 3.3.2.1. und 3.3.2.2.).

In der Realität werden Frauen vielfach in tiefer qualifizierten Erwerbstätigkeiten mit geringerem Ausbildungserfordernis eingegliedert. Das hängt damit zusammen, dass bereits das Ausgangsniveau in vielen typischen Frauenberufen relativ tief ist. Allgemein ist der Kreis der zumutbaren Tätigkeiten bei Frauen eher nach unten orientiert. Qualifizierten Fachverkäuferinnen wird beispielsweise der Einsatz an der Ladenkasse zugemutet, was zur Verneinung eines Anspruchs auf erwerblich-rehabilitative Massnahmen führt. Nicht weiter verwunderlich ist deshalb eine Passage innerhalb der IV-Statistik 2001, wonach bei Frauen „... die Invaliditätswahrscheinlichkeit deutlich geringer (ist) als bei Männern, und dies unabhängig von der Altersklasse“ (Bundesamt für Statistik, IV-Statistik 2001, S. 5).

### **3.2.3. Durchführung von Eingliederungsmassnahmen – das Leistungsspektrum**

Die Invalidengesetzgebung nach IVG sieht im Fall drohender oder tatsächlich eingetretener Folgen eines Gesundheitsschadens auf das Ausmass der Teilhabe am Erwerbsleben unabhängig vom jeweiligen Geschlecht eine ganze Reihe von Leistungen unterschiedlicher Art vor, die sich in zwei Kategorien einteilen lassen (vgl. hierzu Art 14 ff. ATSG), nämlich

- (a) *Geldleistungen*, beispielsweise Berentung oder Taggelder als Form einer Erwerbsausfallentschädigung während einer Eingliederungsmassnahme und
- (b) *Sachleistungen*, beispielsweise erwerbliche Eingliederungsmassnahmen wie Berufs- und Laufbahnberatung, Berufslehren, Fach-, Mittel- und Hochschulen, Berufs- und Fachkurse, gezielte Vorbereitung auf eine derartige Ausbildung im Rahmen eines konkreten Eingliederungsplanes, die Wiedereinschulung in den früher ausgeübten Beruf, die Vorbereitung auf eine Hilfstätigkeit, die Arbeitsvermittlung, die Kapitalhilfe und ...  
*... die Wiedereingliederung in die vor Eintritt der Invalidität ausgeübte Tätigkeit im häuslichen Aufgabenbereich* (Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art KSBE Randziffer Rz 4021; Hervorhebung F.A.)

Gemäss der IV-Gesetzgebung gilt der Grundsatz der ‚Eingliederung vor Rente‘ (sensu Art. 28 Abs. 2 IVG und Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung KSIH Randziffer Rz 1042). Das IV will versicherte Personen in erster Linie in den Erwerbsprozess (wieder) eingliedern und ihnen im Interesse der Menschenwürde ermöglichen, ihre Existenz aus eigener Kraft zu sichern. ‚Eingliederung vor Rente‘ bedeutet gleichzeitig, dass der Rentenanspruch erst dann geprüft wird, nachdem sämtliche notwendigen Eingliederungsmassnahmen durchgeführt und ihrem erwerblichen Nutzen entsprechend bewertet worden sind. Hinsichtlich eines potentiellen Schadens der IV wird – aus der Optik der IV - also *vorgängig* alles Mögliche und Notwendige unternommen, um eine Berentung der versicherten Person abzuwenden.

### 3.3. **Entscheidung der Auswahl diagnostischer Verfahren zur Bestimmung des Kausalzusammenhanges zwischen Gesundheitsschaden und Erwerbsunfähigkeit**

Die Verantwortlichen der IV haben auf der Grundlage der Invalidenversicherungsgesetzgebung zu entscheiden, ob eine versicherte Person optimal und hinsichtlich ihrer (verbliebenen) Möglichkeiten in die Erwerbswelt integriert ist bzw. rehabilitiert wurde. Als Zielkriterium gilt wiederum der finanziell-materielle Aspekt – nämlich das Einkommen.

Diese Entscheidung gründet entsprechend der Definition des Begriffs ‚Invalidität‘ (vgl. dazu 3.1.2.) auf drei Elementen:

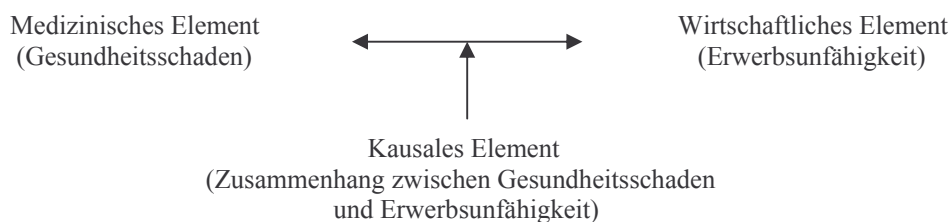


Abbildung 3.3.: Definitionselemente des Begriffs ‚Invalidität‘

(a) *Zum medizinischen Element:* Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht per definitionem dann, wenn eine medizinische Fachperson einen Gesundheitsschaden physischer

und/oder psychisch-geistiger Art feststellt, der sich im Ausmass von ungefähr 20 % (KSBE Rz 4011) auf die bisherige Arbeitsfähigkeit auswirkt (KSIH Rz 1006 und 1007). Der Anspruch besteht auch, wenn eine ungefähr 20-prozentige Einbusse ohne die Massnahme unmittelbar droht (KSBE Rz 4011).

Es wird allerdings – und dies ist bemerkenswert auf dem Hintergrund der Diskussion um die erwerbliche Rehabilitation von Frauen – bei Personen, die in einer atypischen Beschäftigungsform einer Erwerbsarbeit in Teilzeit nachgehen, nicht lediglich die Arbeitsfähigkeit in der Ausübung einer Erwerbstätigkeit, sondern auch die Arbeitsfähigkeit im häuslichen Aufgabenbereich beurteilt. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt, welche im IV-Jargon ‚*Haushaltsabklärung*‘ genannt wird, erfolgt jedoch *nicht* – wie es eigentlich der Begriff der ‚Invalidität‘ nahelegt – durch eine medizinische Fachperson, sondern durch eine eigens dafür berufene Fachperson der Invalidenversicherung. Diese Fachperson – üblicherweise eine Fachfrau – beurteilt die Leistungsfähigkeit einer im Haushalt tätigen Person in jedem einzelnen Bereich des Haushaltes. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit in einer tatsächlichen Erwerbstätigkeit bleibt trotz allem Aufgabe einer ärztlichen Fachperson.

Die Fachfrau für Haushaltsabklärung ermittelt die Leistungsfähigkeit mit und ohne Aktivitätsbeschränkung im Partizipationsfeld ‚Haushalt‘ und den massgeblichen Invaliditätsgrad vor Ort anhand eines exakt definierten Fragebogens. Als Aufgabenbereich gelten die Tätigkeit im Haushalt sowie die Erziehung der Kinder. Das Kreisschreiben KSIH, Rz 3095, listet die üblichen Arbeiten im Haushalt auf. Es beziffert gleichzeitig den Anteil der einzelnen Tätigkeiten an der gesamten Tätigkeit mit unterschiedlichen Minimal- und Maximalwerten (beispielsweise Haushaltsführung / Planung / Organisation: 2 % - 5 %; Ernährung: 10 % – 50 %; Betreuung von Kindern oder anderen Angehörigen: 0 % - 30 %).

Die Abklärungsperson legt den Anteil der einzelnen Arbeiten an der Gesamttätigkeit im konkreten Fall innerhalb der Rahmenwerte möglichst genau fest. Sie muss angeben, welche Tätigkeiten die versicherte Person nicht mehr ausüben oder nur noch mit erheblichen Einschränkungen ausführen kann. Ferner muss sie definieren, seit wann die Einschränkungen bestehen, welches Ausmass sie haben und inwiefern eine noch mögliche Tätigkeit einen grösseren Zeitaufwand beansprucht. Schliesslich muss angegeben werden, inwieweit Drittpersonen (Angehörige, Nachbarn, Hilfskräfte) der versicherten Person bei der Verrichtung ihrer Tätigkeiten behilflich sind (KSIH Rz 3092).

Die Haushaltsabklärung ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Die persönliche Wahrnehmung und kaum überprüfbare Einschätzungen beeinflussen das Ergebnis der Abklärung, obwohl das Kreisschreiben und das Formular ziemlich genau vorschreiben, wie vorzugehen ist. Dies hat sich bei Evaluation solcher Haushaltsabklärungen im Rahmen des Nationalfonds-Projektes 35 in der Praxis gezeigt (Baumann, Lauterburg, 1997).

Zur Bezifferung der Leistungseinbusse im Erwerbsbereich wird auf den Einkommensvergleich abgestellt, für diejenige im häuslichen Aufgabenbereich auf die Ergebnisse aus der Haushaltsabklärung. Die Gesamtinvalidität ergibt sich in der Summe der gewichteten Invaliditätsgrade in beiden Bereichen. Das Vorgehen sei nachstehend beispielhaft näher erläutert:

<b>(a) Vorannahmen</b>		<b>Erklärung</b>
(1) Erwerbspensum in einer atypischen Beschäftigungsform	60 %	fiktive Annahmen
(2) wöchentliche Arbeitszeit im häuslichen Aufgabenbereich	30 Std	fiktive Annahme

<b>(b) Berechnung der jeweiligen Anteile</b>		
(1) Erwerbspensum in einer atypischen Beschäftigungsform	60 %	Der Anteil der Hausarbeit wird mit 40 % festgesetzt, entsprechend dem Unterschied zwischen ihrem Teilzeitpensum und der 100 % igen Beschäftigung in diesem Bereich
(2) wöchentliche Arbeitszeit im häuslichen Aufgabenbereich	40 %	

<b>(c) Berechnung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich</b>		
(1) Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich	50 %	fiktive Annahme, geltend für eine 100 % Erwerbstätigkeit
(2) Gewichtung entsprechend einer Teilzeit-tätigkeit von 60 %	30 %	50 % von 60 = 30 %

<b>(d) Berechnung des Invaliditätsgrades im häuslichen Aufgabenbereich</b>		
(1) Invaliditätsgrad im häuslichen Aufgabenbereich	20 %	fiktive Annahme, geltend für eine 100 % ige Tätigkeit im häuslichen Aufgabenbereich
(2) Gewichtung entsprechend eines Arbeits-pensums vom 40 %	8 %	20 % von 40 = 8 %

<b>(e) Berechnung der Gesamtinvalidität</b>		
30 % + 8 %	<b>38 %</b>	Bei diesem Ergebnis besteht <i>kein Rentenanspruch</i> , da die Gesamtinvalidität unter 40 % liegt.

Abbildung 3.4.: Berechnung des Invaliditätsgrades im häuslichen Aufgabenbereich

Die Gesetzmässigkeit dieser Art der Berechnung – Annahme einer Normalarbeitszeit, Anrechnung der Erwerbszeit an diese Normalarbeitszeit, Unterschied zu 100 % = Anteil des häuslichen Aufgabenbereiches) - wird vom ‚Eidgenössischen Versicherungsgericht‘ EVG im Bundesgerichtsentscheid bestätigt (AHI-Praxis 1999, S. 223 ff.). Bei teilzeitlich erwerbstätigen Versicherten vermindern Haushaltsführung und Betreuungspflichten den Invaliditätsgrad tendenziell, da die meist geringere Invalidität im Aufgabenbereich in der Mischrechnung die höhere im Erwerbsbereich in der Regel reduziert. Teilzeiterwerbstätige ohne Haushaltsführung und Betreuungspflichten stehen daher besser da als diejenigen mit Haushaltsführung und Betreuungspflichten: Hätte die versicherte Person im oben erwähnten Rechenbeispiel keine häuslichen Pflichten und würde sie lediglich einer



Teilzeiterwerbstätigkeit nachgehen, erhalte sie bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente – der tiefere Invaliditätsgrad im häuslichen Aufgabenbereich (20 %) wirkt sich also negativ auf die Berechnung der Gesamtinvalidität aus: Mehrarbeit führt deshalb widersinnigerweise oft zu kleineren Ansprüchen.

(b) *Zum wirtschaftlichen Element:* Die erwerbliche Rehabilitation behinderter Personen steht bei der IV deutlich im Vordergrund. Dabei gilt für Personen, die vor Eintritt des Gesundheitsschadens erwerbstätig waren, dass die gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit voraussichtlich künftige Erwerbsmöglichkeiten auf dem gesamten für die betroffene Person *in Betracht fallenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt* beeinträchtigen muss (Art 28 Abs. 2 IVG und KSIH Rz 1017; vgl. hierzu auch 3.4.1.). Dabei gebührt dem Begriff des *„Ausgeglichenen Arbeitsmarktes“* im Sinne von Art 28 Abs. 2 IVG besonderes Augenmerk: Er wird als theoretischer und abstrakter Begriff verwendet, der der Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen der Arbeitslosenversicherung (Erwerbsunfähigkeit aufgrund fehlender Arbeitsstelle) und der Invalidenversicherung (Erwerbsunfähigkeit aufgrund Invalidität) dient. Er beinhaltet ein gewisses Gleichgewicht zwischen dem Angebot und der Nachfrage nach Arbeitskräften und andererseits einen Arbeitsmarkt, der einen breiten Fächer unterschiedlicher möglicher Tätigkeiten aufweist (KSIH Rz 3057), weshalb konjunkturelle Schwankungen so weit als möglich bei der Beurteilung der Zumutbarkeit der Erwerbstätigkeit ausser acht gelassen werden.

Aus dieser Begriffsumschreibung ergibt sich, dass es für die Invaliditätsbemessung nicht darauf ankommt, wie die Beschäftigungslage tatsächlich ist – der Verlauf der gesamtwirtschaftlichen Situation ist deshalb unerheblich. Vielmehr wird der Ermittlung des Invaliditätsgrades ein ausgeglichener Arbeitsmarkt unterlegt, von dem angenommen wird, es bestehe eine Nachfrage nach Arbeit, wie sie die versicherte Person trotz ihres potentiell invalidisierenden Gesundheitsschadens noch zu leisten vermag. Diesbezüglich nimmt die heutige Rechtsprechung an, ein ausgeglichener Arbeitsmarkt biete genügend Gelegenheiten, sich erwerbsmässig zu betätigen, weshalb auch die Ausübung einer körperlich leichten Tätigkeit durchaus möglich ist. Versicherte Personen, die trotz einer gewissen gesundheitlichen Einschränkung ihrer erwerblichen Partizipation in einem grösseren Bereich erwerbstätig sein können – so wie beispielsweise einem arbeitsunfähigen Maurer durchaus eine leichte Tätigkeit in einem Montagebetrieb zugemutet werden kann –, gelten folglich nicht als in rentenbegründendem Ausmass invalid, selbst wenn rezessionsbedingte Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt eine Stellenvermittlung bei ihnen mehr erschweren als bei einem vollständig gesunden Menschen (Urteil der Zentralen Ausgleichskasse ZAK 1977, in: AHI-Praxis 1977, S. 191).

Für versicherte Personen, die vor Eintritt des Gesundheitsschadens nicht oder im Rahmen einer atypischen Beschäftigungsform erwerbstätig waren, gilt die Rehabilitation als *Wiedereingliederung in die frühere Tätigkeit als Hausfrau oder als Hausmann* (KSBE Rz 4021) als erwerblich-rehabilitative Massnahme. Als Voraussetzung für die Durchführung dieser erwerblich-rehabilitativen Massnahme wird im KSBE Rz 4010 ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Gesundheitsschaden die Ausübung des *bisherigen Berufes* – wie unter 3.3.1. erwähnt, wird als Abgrenzungskriterium von einer ungefähr 20 % igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen – oder die *Tätigkeit im häuslichen Aufgabenbereich* verunmöglicht. Weitere Hinweise auf die Rehabilitation insbesondere nicht erwerbstätiger versicherter Personen sind im KSBE nicht vorhanden.

Bis heute fehlen genaue Regeln, die die Rehabilitation von nicht erwerbstätigen Versicherten mit Erziehungs- oder Betreuungspflichten festlegen. Das KSBE berücksichtigt nicht, dass die-



se Personen – mit oder ohne Invalidität – die Möglichkeit haben müssen, wieder ins Erwerbsleben einzusteigen, obwohl Gesetz und Verordnung diese Form der erwerblichen Rehabilitation nicht ausschliessen: Es erscheint vielmehr grundsätzlich klar, dass die Umstiegsmöglichkeit nach Gesetz und Verordnung besteht.

Die IV verfügt über mehrere Möglichkeiten der erwerblichen Wiedereingliederung, unter anderem über eine IV-Berufs- und Laufbahnberatung. Einen Anspruch auf IV-Berufs- und Laufbahnberatung hat, wer *gesundheitlich bedingt* in der Berufswahl oder in der Ausübung der bisherigen Erwerbstätigkeit beeinträchtigt ist (Art. 15 IVG). Die Berufs- und Laufbahnberatung, wie sie von der schweizerischen Invalidenversicherung angeboten wird, verfolgt **zwei Interessen**,

- (a) ein *institutionelles Interesse* gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG, nämlich wiederum dem ‚Vorrang der erwerblichen Eingliederung vor der Berentung‘ und dem Grundsatz der ‚Verhältnismässigkeit‘ der Wiedereingliederung;
- (b) ein *personales Interesse*, wie es im Art. 8 Abs. 3 IVG beschrieben wird, nämlich die Ratsuchenden bei der Klärung der Frage der Berufswahl zu unterstützen und ihnen eine erwerbsbezogene Entscheidung zu ermöglichen.

Für beide Seiten, also sowohl für die Seite der versicherten Person als auch für die Seite der IV als Institution ergibt sich damit ein gemeinsames Interesse, nämlich Person und Tätigkeit so zu vergleichen, dass eine zufriedenstellende Lösung in Hinblick auf das Zielkriterium ‚erwerbliche Eingliederung‘ gefunden wird.

Das Invalidenrecht ist, unterstellt man ihr nun ausdrücklich ein *institutionelles Interesse*, strikt erwerblich orientiert, weshalb gleichzeitig sämtliche Eingliederungsmassnahmen an die Eingliederungsfähigkeit der versicherten Person gebunden sind. Die Frage nach der Berentung stellt sich erst zu dem Zeitpunkt, als sämtliche Eingliederungsmassnahmen ihrem Erfolg nach bewertet und gewürdigt worden sind. Als ‚eingliederungsfähig‘ gilt jede Person, die sowohl aus

- *medizinischer* Sicht im Sinne einer Beurteilung des physisch-psychischen Gesundheitszustandes, als auch aus
- *berufsberaterischer* Sicht im Sinne einer Beurteilung der Fertigkeiten und Fähigkeiten

im Hinblick auf eine mögliche Eingliederung in den Arbeitsmarkt als erwerbsfähig gilt. Dabei kann die Erwerbsfähigkeit auch lediglich teilweise bestehen: Der versicherten Person wird *zugemutet*, ihre *Resterwerbsfähigkeit* auf dem Arbeitsmarkt zu verwerten, d.h. unter Berücksichtigung des aktuellen und stabilisierten Gesundheitszustandes möglichst ein rentenbeeinflussendes Erwerbseinkommen zu erzielen. In diesem Sinne hat die versicherte Person eine *Schadenminderungspflicht* (KSIH Rz 1045) gegenüber der Invalidenversicherung, wobei sie aus eigenem Antrieb all das ihr medizinisch und erwerblich Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beitragen muss. Aus diesem Prinzip der ‚Zumutbarkeit im Sinne einer Schadensminderungspflicht‘ erwächst der Zwangscharakter der Invalidenversicherung.

Im Zusammenhang mit der beruflichen Eingliederung wird von der IV deshalb immer wieder der Grundsatz betont, dass die beruflichen Massnahmen in ihrer Anwendung dem Kriterium der *Verhältnismässigkeit* zu genügen haben, nämlich

- (a) „Geeignetheit“ und
- (b) „Notwendigkeit“ (Murer & Stauffer, 1997, S. 56 f.).

Die Leistungsberechtigung kann deshalb nicht ziffernmässig, sondern lediglich inhaltlich bestimmt werden. Ihre Konkretisierung verlangt stets eine vergleichende Betrachtung des Eingliederungsziels, des Eingliederungsbedarfs und des zu seiner Befriedigung erforderlichen Mitteleinsatzes zu Lasten der Versicherung unter dem Gesichtswinkel der Invalidenrechts.

Jede berufliche Massnahme, soll der gesetzliche Anspruch darauf bestehen, muss zur Erreichung des von ihr bezweckten beruflichen Eingliederungsziels *„geeignet“* sein. Diese Geeignetheit bezieht sich in *sachlicher* Hinsicht auf die eigentliche berufliche Massnahme, in *subjektiver* Sicht auf die versicherte Person und in *zeitlicher* Hinsicht auf die Eingliederungsmassnahme.

Die berufliche Massnahme ist dann *sachlich geeignet*, wenn sie voraussichtlich die versicherte Person in die Lage versetzt, mindestens für einen beachtlichen Teil ihrer Unterhaltskosten selber aufzukommen. Geht es um die Eingliederung im Haushalt als nichterwerblichem Aufgabenbereich nach Art. 5 Abs. 1 IVG, muss die versicherte Person fähig sein oder in der Lage bleiben, einen beachtlichen Teil der Aufgaben, die im Haushalt anfallen zu erledigen, wofür gelegentliche Verrichtungen und Handreichungen nicht genügen.

Sie ist *subjektiv geeignet*, wenn noch Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit vorhanden sind. Relevant sind in diesem Sinne die Eingliederungsfähigkeit, beurteilt nach der körperlichen/psychischen und kognitiven Leistungsfähigkeit und der Eingliederungsbereitschaft. Berufsneigungen und Interessen sind zwar bei der Art der Tätigkeit zu berücksichtigen, können jedoch im Hinblick auf die Zumutbarkeit einer geeigneten Tätigkeit nicht ausschlaggebend sein. Nicht berücksichtigt werden u.a. mangelnde Sprachkenntnisse und Alter der versicherten Person.

*Zeitlich geeignet* ist eine Eingliederungsmassnahme, wenn sie den verlangten sachlichen Eingliederungserfolg während derjenigen der versicherten Person noch verbleibenden gesamten Aktivitätsperiode erwarten lässt (einer dreissigjährigen versicherten Person wird im Hinblick auf die noch lange Erwerbsperiode eher ein Neubeginn im Sinne etwa einer vierjährigen Lehre zugemutet als einer fünfundfünfzigjährigen versicherten Person, der eher „nur“ eine Einarbeitung in eine der Behinderung angepassten Tätigkeit gewährt wird).

Das Prinzip der *Verhältnismässigkeit* führt in der Praxis jedoch oft dazu, dass bei der Berufswahl für die Invalidengesetzgebung an erster Stelle die *spätere finanzielle Verwertbarkeit der Arbeitsleistung* steht. Erst in zweiter Linie wird dann auf die effektiven Neigungen in Verbindung mit dem vorhandenen Berufswunsch Rücksicht genommen. Ein Beruf, der den Neigungen nicht entspricht, droht allerdings leicht als sinnentleert zu erscheinen, was den Eingliederungserfolg erneut in Frage stellen kann. Vor allem Behinderte, deren Möglichkeiten der Freizeitbeschäftigung ebenfalls eingeschränkt sind, ist die persönliche Erfüllung im Berufsalltag von besonderer Bedeutung.

Der *Verhältnismässigkeitsaspekt der Notwendigkeit* verschafft der versicherten Person den Eingliederungsanspruch insofern, als dies im Hinblick auf die erwerbliche Lage notwendig ist. So besteht bei einer gelernten Bürokauffrau im Hinblick auf den zu erwartenden massiven Erwerbseinkommensunterschied kein Anspruch auf ein Universitätsstudium in Sonderpädagogik.

Die Berufs- und Laufbahnberatung, der nun ein *personales Interesse* unterstellt wird, grenzt sich von den anderen beruflichen Massnahmen der Invalidengesetzgebung dadurch ab, dass im Einzelfall die versicherte Person die Berufswahl noch nicht getroffen hat. Die erwerbliche Abklärung kann von Berufs- und Laufbahnberaterinnen der jeweiligen IV-Stelle oder durch eine beigezogene Abklärungsstelle, wie dies beispielsweise für Personen, deren verbliebene Leistungsfähigkeit in einem alternativen Beruf medizinisch nicht identifiziert werden konnte, durchgeführt werden.

Erfordert die Beurteilung der beruflichen Fähigkeiten und Fertigkeiten besonderer Vorkehrungen, wie beispielsweise praktischer Arbeitsversuche, so kann die IV die daraus entstehenden Kosten übernehmen, insbesondere dann, wenn es sich dabei um gezielte, zeitlich begrenzte Abklärungen handelt.

Zum Zeitpunkt der konkreten Wahl einer neuen, *der Behinderung angepassten* Tätigkeit wird sich ein Mensch von mehreren Gesichtspunkten leiten lassen. Vor allem der Einfluss der körperlichen und/oder psychischen Behinderung auf die Ausübung einer Erwerbstätigkeit, die Erzielung eines Einkommens, die eigenen Interessen und Wünsche, aber auch Abneigungen und Befürchtungen sind ihm dabei vielleicht besonders deutlich vor Augen. Auch die Aussichten, eine Stelle im angestrebten Tätigkeitsfeld zu bekommen, dürften zu den bewusst ins Kalkül einbezogenen Entscheidungsparametern gehören.

Der Anspruch auf IV-Berufs- und Laufbahnberatung setzt stets voraus, dass die versicherte Person über die erforderlichen schulischen Grundvoraussetzungen für einen erfolgversprechenden Beginn einer Ausbildung verfügt. Ebenso werden Merkmale der Ratsuchenden berücksichtigt, die sowohl für die *erwerbliche Leistung*, hier allgemein verstanden als ‚*durch das Erwerbseinkommen konkretisierte Produktivität am Arbeitsplatz*‘ (zur Problematik des Leistungsbegriffs vgl. z.B. Schuler, 2000, S. 22 f.), als auch für die *berufliche Zufriedenheit* (Nerdinger, 1995) relevant sind. Gleichzeitig wird über die Berufe und ihre Anforderungen sowie über die Lage auf dem Arbeitsmarkt informiert. Die gesamte Abklärung der Eignung und der Neigungen erfolgt während mehreren Besprechungen.

Die zu gegebenem Zeitpunkt bekannten Anforderungen der vorausgesehenen Tätigkeit sind den erforderlichen körperlich-psychischen und intellektuellen Fähigkeiten der Ratsuchenden gegenüberzustellen, um eine künftige erwerbliche Leistung in Form eines rentenbeeinflussenden Einkommens zu gewährleisten. Methoden der Arbeits- und Anforderungsanalyse auf der einen Seite, Verfahren der psychologischen Eignungsdiagnostik und medizinische Aussagen zu den körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen auf der anderen Seite sind Hilfsmittel, diesen Vergleich durchzuführen.

Das Befriedigungspotential der fraglichen Tätigkeit ist mit den Interessen und Bedürfnissen der Personen zu vergleichen, um die körperliche und/oder psychische Zumutbarkeit und gleichzeitig das körperliche und psychische Wohlbefinden sowie das Verbleiben in der Organisation möglichst sicherzustellen.

Bedürfnispotentiale – also die Möglichkeit, an diesem Arbeitsplatz Bedürfnisse wie z.B. körperliches und psychisches Wohlbefinden, Sicherheitsstreben und Kontaktbedürfnis zu erfüllen – können u.a. durch Organisationsanalysen festgestellt werden, Interessen und Bedürfnisse mittels Berufsinteressen-, Intelligenz- und Persönlichkeitstests, das Ausmass der körperlichen und/oder psychischen Zumutbarkeit mittels medizinischer Akten und praktischer Arbeitsversuche.

(c) *Zum kausalen Element:* Eine Invalidität im versicherungsrechtlichen Sinne liegt lediglich dann vor, wenn die Erwerbsunfähigkeit oder die spezifische Arbeitsunfähigkeit nichterwerbstätiger Personen Folge eines Gesundheitsschadens ist, also wenn zwischen dem medizinischen und wirtschaftlichen Element ein Kausalzusammenhang besteht (KSIH Rz 1022).

Ist eine versicherte Person nicht wegen eines Gesundheitsschades erwerbsunfähig, sondern aus wirtschaftlichen Gründen, so beispielsweise wegen Arbeitslosigkeit, mangelhafter schulischer oder beruflicher Bildung oder fortgeschrittenen Alters, so ist er im Sinne der Invalidengesetzgebung nicht als invalid zu betrachten (KSIH Rz 1024) – die Erwerbsunfähigkeit ist in solchen Fällen auf *invaliditätsfremde Faktoren* zurückzuführen.

Wenn beispielsweise eine versicherte Person, die trotz ihrer Einäugigkeit bisher eine gut bezahlte Bürotätigkeit ausübte, arbeitslos wird und nach einiger Zeit erneut eine – allerdings schlechter bezahlte – Anstellung also Büroangestellte findet, so ist dieser Umstand der schlechteren Bezahlung nicht auf ihre Einäugigkeit zurückzuführen, sondern auf den derzeitigen Arbeitsmarkt, weshalb diese Person keine Versicherungsleistungen der IV geltend machen kann (vgl. dazu auch 3.4.).

### **3.4. Bewertung und Kritik der Rehabilitationsmassnahme und der Intervention**

Im Rahmen der in rechtlicher Form definierten erwerblich-rehabilitativen Massnahmenregelung wird die Wirkung bzw. Zielsetzung des Erhaltes oder der Wiederherstellung der Fähigkeit, am Erwerbsleben teilzunehmen, vor allem durch eine Verbesserung des gesundheitlichen und beruflich-erwerblichen Status der versicherten Person angestrebt.

Mit der Entscheidung für eine konkrete Interventionsart wie die IV-Berufs- und Laufbahnberatung aus dem erwerblich-rehabilitativen Massnahmenkatalog stellt sich die Frage nach der Gültigkeit bzw. Aussagekraft nicht nur der massnahmengebundenen Interventionen in erwerblich-rehabilitativer Hinsicht. Denn der (1) *beabsichtigten – massnahmengebundenen – Wirkung* – als Ausdruck dafür, dass jede versicherte Person demselben rechtlichen Verfahren unterworfen wird – stehen (2) *unbeabsichtigte Wirkungen dieser Unterwerfung* gegenüber, die als Ausdruck der Tatsache verstanden werden können, dass Personen überhaupt einer Intervention – unabhängig von der konkreten Interventionsmassnahme – unterzogen werden.

In diesem Zusammenhang kann die Unterscheidung zwischen innerer Gültigkeit (*interne Validität*) und äusserer Gültigkeit (*externe Validität*) (vgl. Campbell, 1957, oder Campbell & Stanley, 1963 a, b.; eine kritische wissenschaftstheoretische Diskussion dieses Kriteriums findet man bei Gadenne, 1976, Moser, 1986; Patry, 1991) von Interesse sein.

Eine beabsichtigte Massnahme ist dann *intern valide*, wenn ihre Wirkung eindeutig interpretierbar, d.h. auf eine einzige Ursache zurückzuführen ist; die interne Validität sinkt mit wachsender Anzahl plausibler Alternativerklärungen für die erwartete Wirkung. Demgegenüber ist die intendierte Wirkung massnahmengebundener Interventionen als *extern valide* zu betrachten, wenn die Durchführungsergebnisse über die besonderen Bedingungen einer Abklärung und über die Klientel hinausgehend generalisierbar sind, d.h. für sämtliche Personen, die sich bei der Invalidenversicherung zum Bezug von Leistungen erwerblich-rehabilitativer Art angemeldet haben, in gleichem Masse Geltung haben. Die externe Validität sinkt mit wachsender Unterschiedlichkeit der jeweiligen Untersuchungsbedingungen bzw. mit abnehmender Repräsentivität der untersuchten Stichproben.

Obwohl beide Validitätskriterien teilweise einander zuwiderlaufen, sollten die Bemühungen um einen optimalen Plan zur Veränderung eines zuvor problematisierten Zustandes interne und externe Validität berücksichtigen (vgl. dazu Hager & Hasselhorn, 2000, S. 45 ff.).

Von der Invalidenversicherung wird eine konkrete Beeinflussung einer zuvor problematisierten Erwerbsfähigkeit im Sinne einer Sicherstellung der Teilhabe am Erwerbsleben beider Geschlechter erwartet. Die Beeinflussung soll direkt auf die Massnahme, d.h. *massnahmengebunden* und auf keine andere Ursache zurückführbar sein. Insofern gilt das *rechtlich konzipierte Verfahren* gemäss Invalidengesetzgebung IVG als *intern valide*, schlägt sich diese Erwartung doch in den von den Verfassern *geschlechtsneutral* formulierten spezifizierten Zielen der Interventionsmassnahme nieder. Das IVG ist deshalb wirksam und zweckmässig, weil das formal definierte Verfahren zur Beurteilung eines problematisierten Erwerbszustandes eine *verbindliche Entscheidung* generiert: Da – geschlechtsunabhängig – sämtliche an der erwerblichen Rehabilitation beteiligten Personen wissen, „wo es lang geht“ (Hameyer & Schratz, 1998, S. 96), können zumindest theoretisch Synergieeffekte hinsichtlich des zielgerichteten Handelns hinsichtlich der Problemlösung (im Sinne des ICF, 2001, S. 125: Partizipationsfeld ‚Learning and applying knowledge‘) geschaffen und ausgenutzt werden.

Umgekehrt verschafft sich das Verfahren durch ihre angesprochene *Verlässlichkeit* eine gewisse Legitimation, da es eine generalisierte Bereitschaft erschafft, inhaltlich noch unbestimmte Entscheidungen innerhalb bestimmter Toleranzgrenzen hinzunehmen. Diese *Verlässlichkeit des rechtlichen Verfahrens* zeigt sich unabhängig von der jeweiligen Abklärungssituation und vom Gesundheitsschadens, weshalb eine *externe Validität* der Ergebnisse, die sich aus dem erwerblichen Eingliederungsverfahren ergeben, im oben definierten Sinne gewährleistet ist. Das Schweizerische Invalidenrecht in der heutigen modernen, komplexen Gesellschaft ist auf sich selbst gestellt und greift bei seinen Operationen immer wieder nur auf sich selbst zurück, weshalb eine Konfrontation mit anderen Vorgehensweisen anscheinend ausgeschlossen ist. Dies ist auch der Ansatzpunkt der Aussagen Niklas LUHMANNs, der von ‚Legitimation durch Verfahren‘ (1976) spricht, wobei er davon ausgeht, dass es nicht allein die Komponenten Anerkennung und Zwang sind, die Entscheidungen legitimieren und zu einer Akzeptanz derselben führen, sondern ebenso die *erwartete* Anerkennung des Entscheids durch die Betroffenen im Hinblick auf ihr zukünftiges Handeln. Allein der wie auch immer geartete ‚Erfolg‘ allerdings auch ist - es kommt nicht auf Überzeugungen und Akzeptanz des Urteils an, denn Hauptsache ist es, dass die beurteilte Person sich der Beurteilung entsprechend verhält (im Sinne einer Beschränkung beispielsweise der Partizipationsmöglichkeit ‚Communication – Discussion‘; vgl. ICF, 2001, S. 136). Ein derartiger Erfolg kann aber nur dann erreicht werden, wenn die *Akzeptanz der Entscheidungen institutionalisiert* wird, und gerade eine derartige Institutionalisierung bietet das Verfahren. Dieses fordert keine individuellen Überzeugungen, sondern baut die Erwartungen der betroffenen Person selbst und seiner Umgebung so um, dass die beteiligten



Personen zum Schluss gar keine andere Wahl haben, als die Beurteilung anzuerkennen (vgl. eingehend das sechste Kapitel). Konsequenzen dieser Art, von Patry & Perrez (2000, S. 19 ff.) als *Folgewirkungen* – verstanden als *nicht vorgesehene Konsequenzen* aus der durch die Massnahme bewirkte und vorgesehene Veränderung – auf die Möglichkeiten der Partizipation in unterschiedlichen Lebensbereichen durch die Anwendung eines Massnahmeverfahrens bezeichnet, zählen zur Gruppe der Veränderungen, die nicht in unmittelbarer Verbindung zu den spezifischen Zielen der Massnahme stehen. Für sie als auch für die *Nebenwirkungen* – verstanden als nicht vorgesehene Einflüsse der Interventionsmassnahme während ihrer Durchführung – (Patry & Perrez, 2000, S. 19 ff.) gilt, dass kein explizites Wirkmodell existiert, es bestehen bestenfalls Erfahrungen oder allenfalls lediglich Vermutungen, wobei man zwangsläufig vor der Frage stehen wird, ob man derartige Folge- und Nebenwirkungen überhaupt tolerieren kann.

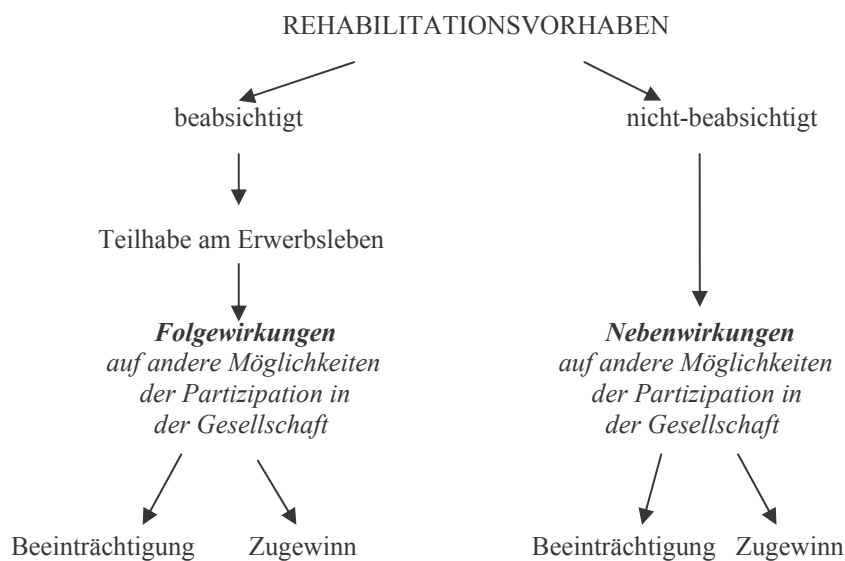


Abbildung 3.5.: Folge- und Nebenwirkungen erwerblicher Rehabilitationsmassnahmen der Invalidenversicherung

Dass sich der Erfolg der Anwendung einer IV-Rehabilitationsmassnahme ausdrücklich und ausschliesslich durch die *Wiederherstellung der Teilnahmefähigkeit am Erwerbsleben* definiert, bedeutet eben keineswegs, dass durch sie keine Veränderungen der Möglichkeiten der Teilnahme / Partizipation an anderen Bereichen des gesamten gesellschaftlichen Lebens verursacht werden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass beispielsweise bereits bei der Entscheidung, bei der Schweizerischen Invalidenversicherung Leistungen irgend welcher Art geltend zu machen oder auf Geheiss einem anderen Leistungsträger wie die Unfallversicherung oder die Krankenkasse *zwangsweise* geltend machen zu müssen, psychosoziale Prozesse mit positiven (im Sinne beispielsweise der persönlichen Überzeugung der versicherten Person, einer anderen Erwerbstätigkeit nachgehen zu können, also als ‚Zugewinn‘) und negativen (im Sinne beispielsweise der persönlichen Überzeugung der versicherten Person, keinerlei Erwerbstätigkeit nachgehen zu können, weshalb sich der Zwang zum Leistungsbezug als ‚Beeinträchtigung‘ erweisen kann) Auswirkungen in Gang gesetzt werden, die die Partizipation am Alltagsleben einer Person in eindrucklicher Art und Weise beeinflussen können. Was sich in diesem Zusammenhang als Binsenweisheit erweist, erlebt jede Fachperson für IV-Berufs- und Laufbahnberatung täglich hautnah.



Dadurch beispielsweise, dass sich eine ehemalige selbständig erwerbende Damenschneiderin, deren Hände wegen einer rheumatischen Erkrankung teilweise an Funktionsfähigkeit einbüßten, entschloss, sich bei der IV zum Bezug von Leistungen anmeldete, bedeutete für sie, sich der gesamten Abklärungsverfahren zur Beurteilung ihrer Möglichkeiten der erwerblichen Wiedereingliederung zu unterwerfen. Im Idealfall sollen Hindernisse so weit als möglich abgebaut und Strukturen, Massnahmen und Haltungen gefördert werden, die Menschen mit einem Gesundheitsschaden, welche ihre Teilhabe am Erwerbsleben massgeblich beeinflusst, von gewissen Lebenschancen ausschliessen und sie an der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben behindern. Niedergeschlagen vom Verlust der von ihr geliebten Tätigkeit, die ihrem bisherigen Leben sowohl ein gutes finanzielles Auskommen als auch soziales Prestige gewährleistete (Verstärkungsverlust sensu Lewinsohn; vgl. hierzu Hautzinger, 1998) wurde es notwendig, angesichts des drohenden Verlustes ihrer Lebensperspektiven – sie hatte sich bereits als Reaktion auf ihr Schamgefühl, eine ‚Invalide = wertlose Person‘ zu sein, vor ihrem ersten Kontakt mit der IV-Berufs- und Laufbahnberatung beinahe sämtliche Sozialkontakte abgebrochen – mit ihr gemeinsam Alternativen auszuarbeiten, die ihr die erneute Teilnahme am Erwerbsleben ermöglichen. Während der berufsberaterischen Abklärung zeigte die Versicherte zunehmend mehr Selbstvertrauen und nahm ständig mehr am Alltagsleben teil: Diese *Nebenwirkungen im Sinne eines ‚Zugewinns‘* der Interventionsmassnahme zeigte sich vor allem in den Teilnahmebereichen ‚Learning and applying knowledge‘ und ‚Community, social and civic life‘ sensu ICF (2001). Als Konsequenz ihrer heute erreichten Kompetenz, als Kindergärtnerin vollständig erwerbstätig zu sein, ist die Versicherte zum heutigen Zeitpunkt erneut fähig, am ökonomischen und sozialen Leben teilzuhaben (= Folgewirkung der Interventionsmassnahme, verstanden als ‚Zugewinn‘).

Was in diesem Zusammenhang vom Autor in Abbildung 3.5. als ‚Folgewirkung‘ bzw. als ‚Nebenwirkung‘ bezeichnet wird, findet innerhalb der Invalidengesetzgebung – da nicht vorgesehen – keine eigentliche Erwähnung; als Ausnahme liest sich im ‚Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art‘, Randziffer (KSBE Rz) 3009 und Rz 4009 im Wortlaut, dass „Massnahmen der sozialberuflichen Rehabilitation wie Gewöhnung an den Arbeitsprozess, Aufbau der Arbeitsmotivation, Stabilisierung der Persönlichkeit, Einüben der sozialen Grundelemente mit dem primären Ziel, die Eingliederungsfähigkeit“ der versicherten Person herzustellen, *nicht* als Gegenstand der erwerblichen Rehabilitationsmassnahmen betrachtet wird: Es wird damit explizit auf eine Abgrenzung des beabsichtigten Ziels – der erwerblichen Rehabilitation – von anderen mehr oder weniger wünschenswerten und anstrebenswerten Zielen bzw. möglichen Rehabilitationsbereichen aufmerksam gemacht.

An einem weiteren Beispiel, nämlich demjenigen eines Paraplegikers, kann in Anlehnung an die Diskussion der Folge- und Nebenwirkungen von IV-Interventionsmassnahmen gezeigt werden, wie die Gesichtspunkte ‚Gesundheitsschaden‘ und ‚Teilhabe am Erwerbsleben‘ innerhalb des formal-rechtlichen IV-Verfahrens berücksichtigt werden, um eine angemessene Lösung zur erwerblichen Integration – und letztendlich gesellschaftlichen Integration im Sinne einer Wiederherstellung der Partizipationsmöglichkeiten – zu finden: Der medizinisch diagnostizierte Gesundheitsschaden kann die betroffene Person vom Beruf eines Bademeisters oder eines Polizisten ausschliessen; aber auch innerhalb dieser Berufsgattungen sind Tätigkeiten zumindest *denkbar*, die auch ihm zugänglich sein können, so etwa die Arbeit am Kontrollcomputer der Schwimmanlage oder im telefonischen Koordinationsdienst der Polizeizentrale.

Würden Menschen mit einem Gesundheitsschaden auch von diesen letzteren Möglichkeiten der erwerblichen Partizipation ausgeschlossen, wäre es nicht der körperliche Mangel, sondern die gesellschaftliche Skepsis, das kollektive Vorurteil gegenüber einer Gruppe, das eine

bedeutende Einschränkung der Partizipationsmöglichkeit am gesellschaftlichen Leben bewirkt (vgl. Margalit, 1997) – faktisch sind Menschen mit einem Gesundheitsschaden, denen eine Erwerbsfähigkeit zugemutet worden ist, in einer solchen Situation *stellenlose Erwerbsfähige – und als Folge als arbeitslos* zu betrachten. Diese *beeinträchtigende Folgewirkung* widerspricht allerdings keineswegs dem Ziel, das mit dem erwerblichen Rehabilitationsverfahren der IV angestrebt wird: nämlich die *Identifikation von Erwerbstätigkeiten*, die die versicherte Person unter Berücksichtigung ihres derzeitigen – medizinisch als stabil betrachteten – körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes noch ausüben und damit *zugemutet* werden können. Diese Zumutbarkeit einer Einkommenserzielung ist der wichtigste Aspekt der Invaliditätsbemessung, welcher für beide nach Art. 28 Abs. 2 IVG massgeblichen Vergleichseinkommen (jenes mit und jenes ohne Gesundheitsschaden) gilt und welches bezüglich des Invalideneinkommens im Gesetzestext seinen ausdrücklichen Niederschlag gefunden hat. Es ist also für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person die ihr verbliebene (Rest-)Erwerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt tatsächlich verwertet; vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen *könnte*. Für die Beurteilung der Zumutbarkeit ist also letztlich die Einschätzung der Fachpersonen der Invalidenversicherung in enger Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachpersonen massgebend, die eine Art *‚kausal definierte Objektivität‘* erschafft (vgl. hierzu auch 3.3.3.) – es kommt damit nicht auf die aktuelle Arbeitsmarktsituation und schon gar nicht auf die bloss subjektiv ablehnende Bewertung der in Frage stehenden generellen Erwerbstätigkeit durch die versicherte Person an. In Konkretisierung dieses Grundsatzes hat die Rechtssprechung die Zumutbarkeit der Einkommenserzielung weit gefasst. So stellen die Einkünfte, die der obengenannte Paraplegiker in Ausübung der Tätigkeit als Mitarbeiter im telefonischen Koordinationsdienst der Polizei oder als Bediener des Kontrollcomputers eines Schwimmbades ohne weiteres erzielen *könnte*, ein zumutbares Erwerbseinkommen einer Person mit einem derartigen Gesundheitsschadens dar.

Zwar ist die Mithilfe an der Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz im Sinne einer ‚Arbeitsvermittlung‘ im Sinne von Art. 8 IVG und Art. 18 IVG gewährleistet, doch ist es nicht in erster Linie Aufgabe der Schweizerischen Invalidenversicherung, für die Bemessung des Ausmasses der Invalidität ihre Bemühungen mit einer tatsächlichen Eingliederung abzuschliessen: Faktisch genügt es, *Möglichkeiten der erwerblichen Einliederung* (Art. 18 IVG) *im Rahmen der abstrakten Annahme eines ‚Ausgeglichenen Arbeitsmarktes‘* (vgl. hierzu 3.3.1.) aufzuzeigen, obwohl gemäss Bundesgerichtsurteil (BGE 103 V 18 Erw. 1 mit Hinweis) der Anspruch auf Arbeitsvermittlung so lange andauern kann, als die versicherte Person nicht erwerblich eingegliedert ist. In den Kantonalen Invalidenversicherungsstellen wird unterschiedlich mit der Problematik der tatsächlichen Eingliederung umgegangen. Der Umgang reicht von einem Abschluss kurz nach Beendigung der Abklärungsphase zu den Möglichkeiten der erwerblichen Eingliederung unter Hinweis auf die Existenz jeweils geeigneter Arbeitsplätze, bis zum Abschluss nach sechs Monaten unter Hinweis auf die erfolglose Suche – die versicherte Person in ist beiden Fällen faktisch arbeitslos bzw. im schlimmsten Fall fürsorgebedürftig.

Diese Praxis der *Statusänderung* als beeinträchtigende Folgewirkung der erwerblichen Rehabilitationsmassnahme bedeutet keineswegs, dass Teilnahmemöglichkeiten in anderen Partizipationskontexten unbeeinflusst bleiben. Die Erfahrungen des Autors reichen von massivem sozial-kommunikativem Rückzug, Resignation bis zur Psychiatrisierung. Auf der anderen Seite sind dem Autor allerdings auch versicherte Personen bekannt, bei denen erst

diese ‚Misere‘ einen Prozess der aktiven Beteiligung an der Stellensuche auslöste, der letztendlich erfolgreich abgeschlossen werden konnte.

Im Rahmen einer atypischen Beschäftigungsform erwerbstätige Personen werden – um erneut auf das eigentliche Thema dieser Studie zurückzukommen – erfahrungsgemäss selten bzw. nicht erwerbstätige in der Alltagspraxis nicht ins Erwerbsleben eingegliedert: Diese Möglichkeit wird heute kaum in Erwägung gezogen. Das hängt teilweise mit der gesellschaftlichen Wirklichkeit in der Schweiz – ein mangelhaftes Teilerwerbsangebot, das Fehlen wohnortnaher ambulanter Ausbildungsangebote, fehlende familienentlastende und – unterstützende Dienste bei der Erbringung ambulanter und teilstationärer Rehabilitationsleistungen werden dafür verantwortlich gemacht, allerdings ist teilweise auch der Geist der heutigen Schweizerischen Invalidengesetzgebung dafür verantwortlich (vgl. auch das erste Kapitel).

Der Erfahrung des Autors zufolge wird in IV-Stellen betont, dass nur im Rahmen einer atypischen Beschäftigungsform erwerbstätige Personen kaum und nicht erwerbstätige Versicherte keine erwerblich-rehabilitativen Massnahmen wünschten: Vielmehr verlangten sie ihre Berentung. Dieser Wunsch sollte allerdings irrelevant sein, denn laut dem ‚Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit‘ KSIH, Randziffer Rz 1043, müssen vor der Gewährung einer Rente sämtliche möglichen gesetzlichen rehabilitativen Massnahmen in Betracht gezogen werden, die notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit zu beeinflussen – und zwar unabhängig davon, ob die versicherte Person dieses Vorgehen verlangt. Diese Prüfungspflicht der Verwaltung besteht ebenso, wenn keine Invalidität von rentenbegründendem Ausmass, nämlich mindestens 40 %, vorliegt. Denn der vorrangige Zweck der IV besteht in der Wiederherstellung der Möglichkeit der Teilnahme der versicherten Person am Erwerbsleben, damit sie ihre Existenz aus eigener Kraft sichern können. Dieses vordergründige Ziel gilt unabhängig von der jeweiligen Rehabilitationspraxis der IV-Stellen für sämtliche versicherten Personen – dieses Ziel sollte auch dann angestrebt werden, wenn eine versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich in Form einer atypischen Beschäftigung, z.B. in Teilzeit oder überhaupt nicht erwerbstätig war.

Dies muss auch für Personen gelten, die bisher ausschliesslich im häuslichen Aufgabenbereich tätig waren, denn in diesem Fall werden noch strengere Voraussetzungen an den Leistungsanspruch geknüpft, da laut dem KSBE erwerblich-rehabilitative Massnahmen im Gegensatz zur Einleitung erwerblich-rehabilitativer Massnahmen im Falle einer (Teil-) Erwerbstätigkeit, wo von einer mindestens 20 % igen Leistungseinbusse gesprochen wird, diese lediglich dann erwogen werden, wenn die Tätigkeit im Aufgabenbereich *praktisch nicht mehr möglich* ist (KSBE Rz 4010). Dies erscheint dem Autor unzulässig, zumal damit dieser Anspruch bei nicht erwerbstätigen Personen praktisch verneint wird – ist jedoch die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit einer versicherten Person zumutbar, muss der Anspruch auch hier bei einer 20 % igen Leistungseinbusse bejaht werden.

Der Anspruch auf erwerblich-rehabilitative Massnahmen beschränkt sich auf diejenigen Tätigkeiten, die der früher ausgeübten Tätigkeit vor Eintritt des Gesundheitsschadens, annähernd gleichgestellt ist. Nicht Aufgabe der IV ist es allerdings, die versicherten Personen in eine bessere beruflich-erwerbliche Stellung zu führen: Die „annähernde Gleichwertigkeit der Tätigkeit vor Eintritt der Invalidität und jener nach Durchführung einer Umschulung bezieht sich in erster Linie auf die Verdienstmöglichkeiten“ (KSBE Rz 4002). Welchen Einfluss hat diese Regelung auf diejenige Personengruppe, die sowohl teilzeitlich erwerbstätig als auch im häuslichen Aufgabenbereich tätig sind? Es entsteht der Eindruck, dass die Entscheidbehörden stillschweigend – zumindest teilweise – davon ausgehen würden, der

häusliche Aufgabenbereich sei nicht der Erwerbsarbeit gleichwertig, weshalb eine weiterführende erwerblich-rehabilitative Massnahme hinsichtlich der Verdienstmöglichkeiten zu einer Besserstellung der nicht erwerbstätigen Versicherten mit Familien- und Haushaltspflichten führen würde. Bei den im Rahmen einer atypischen Beschäftigungsform erwerbstätigen und gleichzeitig im häuslichen Aufgabenbereich tätigen Personen stellt sich jedoch nicht die Frage nach einem ‚besseren oder gleichen Einkommen‘, sondern um den Übergang von unbezahlter zu bezahlter Arbeit. Aus den IV-Richtlinien kann jedenfalls nicht geschlossen werden, dass die Eingliederung ins Erwerbsleben bei dieser Personengruppe nicht angestrebt werden muss. Ebenso kann aus den IV-Richtlinien nicht geschlossen werden, dass eine erwerblich-rehabilitative Massnahme in Form einer qualifizierten Ausbildung einfach verweigert werden kann, wenn Fachleute wie beispielsweise Bürofachkräfte in ungelernten Hilfsjobs, so beispielsweise in der Montage am Fliessband, praktisch dasselbe Einkommen erzielen: Der qualitative Ausbildungsstand und die künftige Entwicklung der erwerblichen Möglichkeiten müssen ebenfalls berücksichtigt werden.

Für die Beurteilung des Anspruchs auf erwerblich-rehabilitative Massnahmen von erwerbstätigen Frauen mit Haushalts- und Familienpflichten ist es massgebend, wie die Frage nach der Zumutbarkeit einer Erweiterung der Erwerbstätigkeit beantwortet wird, wobei berücksichtigt werden muss

- dass es zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr der Realität entspricht zu behaupten, eine Ausweitung der Erwerbstätigkeit sei Personen mit Haushalts- und Familienpflichten nicht zumutbar und stehe im Widerspruch zum Familienleben, wie dies ursprünglich dargestellt wurde;
- dass sich die Beurteilung der Zumutbarkeit der Ausweitung der Erwerbstätigkeit nicht auf Bedarfskriterien abstützen darf, sondern sich vor allem aus den erwerblichen Ambitionen und Möglichkeiten (sensu subjektive und objektive Zumutbarkeit) einer versicherten Person ergibt.

Für die Praxis ist es gleichzeitig wichtig, dass das Ziel einer Interventionsmassnahme relativ unabhängig von der Person erreicht wird, die sie durchführt, also *routinisierbar* ist (Herrmann, 1995). Tatsächlich gewährleistet das IV-Rehabilitationsverfahren durch die lediglich formal konzipierte *Trias* ‚Medizinische Stellungnahme zur Gesundheit bzw. zum Gesundheitsschaden – wirtschaftliche Stellungnahme – Kausalzusammenhang‘ die Unabhängigkeit der Durchführung von der jeweiligen Abklärungsperson und damit auch die *Nachvollziehbarkeit* der Ergebnisse der Beurteilung der Teilnahmemöglichkeiten am Erwerbsleben und damit der erwerblichen Rehabilitation insgesamt.

*Routinisierbarkeit* ist also dort gegeben, wo auf der Grundlage der *formal* festgelegten Schweizerischen Invalidengesetzgebung IVG die Frage beantwortet werden muss, *ob* eine versicherte Person *überhaupt* einen rechtlichen Anspruch auf Rehabilitationsmassnahmen hat, wobei sich dieser rechtliche Anspruch aus dem Kausalzusammenhang zwischen Gesundheitsschaden und wirtschaftlich-materieller Einbusse ergibt: Wer also trotz Gesundheitsschaden keine oder keine nennenswerte Einkommenseinbusse erleidet, hat keinen Anspruch auf IV-Rehabilitationsleistungen (vgl. das Beispiel mit dem Pianisten und dem Sonderpädagogen unter 3.1.). *Welcher Art* allerdings allfällige Rehabilitationsleistungen sind, d.h. durch welche Massnahmen eine weitere Teilnahme am Partizipationsfeld ‚Erwerbsleben‘ möglich ist bzw. faktisch eine Berentung *vermieden* werden kann, beispielsweise durch eine Neuausbildung, eine Zusatzausbildung oder eine Arbeitsvermittlung, diese Frage wird üblicherweise durch die IV-Berufs- und Laufbahnberatung beantwortet. Für die IV-Berufs- und Laufbahnberatung existiert allerdings keine formal und deshalb routinisiert handbares



Verfahren zur Identifikation einer alternativen Erwerbstätigkeit. Vielmehr herrscht in diesem Fall eine Methodenfreiheit im Rahmen der jeweiligen Ausbildung der Fachperson für IV-Berufs- und Laufbahnberatung: Lediglich das *Ziel der Abklärung* wird formal festgelegt, nämlich die Identifikation der Möglichkeiten zur einer weiteren Teilnahme am Partizipationsfeld ‚Erwerbsleben‘. Dass sich dadurch für die Fachleute für IV-Berufs- und Laufbahnberatung ein ungeheures Spannungsfeld zwischen unterschiedlichen Interessen – zwischen dem personalen und dem institutionellen Interesse – ergibt, wurde bereits unter 3.3. ausführlich dargestellt.

Dieses Spannungsfeld erklärt sich aus den unterschiedlichen Vor- und Ausbildungen der verantwortlichen Personen an einer kantonalen IV-Stelle. Es ist angesichts der unterschiedlichen Kompetenzen – der *formalen* Abklärung, ob die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Bezug von IV-Leistungen erfüllt sind bzw. der *inhaltlichen* Abklärung der Möglichkeiten der Teilhabe am Partizipationsfeld ‚Erwerbsleben‘ – offensichtlich sinnvoll, dass formal exakt definierte Massnahmen lediglich von Personen durchgeführt werden dürfen, die eine bestimmte Vorbildung vorweisen oder gar eine eigens dafür vorgesehene Ausbildung durchlaufen haben.

Die formale Abklärung der Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfolgt durch Sachbearbeiter mit meist kaufmännischer Grundausbildung und interner (Einarbeitung in die Problematik der IV-Sozialgesetzgebung), oftmals allerdings externer, berufsbegleitender Zusatzausbildung im Sozialversicherungsrecht (Berufsprüfung zur Sozialversicherungsfachperson). Weitere Kenntnisse, beispielsweise zum Umgang mit medizinischen Fachtermini oder Kenntnisse wirtschaftlicher-ökonomischer oder gar sonderpädagogisch-psychologischer Art werden nicht verlangt.

Die Abklärung der Rehabilitationsmöglichkeiten erfolgt durch Fachpersonen für Berufs- und Laufbahnberatung, deren Ausbildungsniveau vom eigentlichen universitären Psychologiestudium mit Schwerpunkt ‚Berufs- und Laufbahnberatung‘ (Universität Freiburg) oder mit Zusatzstudium in Berufs- und Laufbahnberatung („Nachdiplomstudium in Berufs- und Laufbahnberatung“ NABB der Universitäten Zürich, Bern und Freiburg – einer Minderheit – und vollzeitlichem oder berufsbegleitenden Fachhochschulstudium in Berufsberatung am HAP („Fachhochschule für Angewandte Psychologie“) – ebenfalls einer Minderheit –, bis zur vor kurzer Zeit noch existierenden berufsbegleitenden Ausbildung in Berufsberatung im Rahmen des SVB („Schweizerischer Verband für Berufsberatung“; Ausbildung für Personen mit unterschiedlichster Grundausbildung) reicht. Die meisten Fachpersonen für Berufs- und Laufbahnberatung, die zum heutigen Zeitpunkt an einer IV-Stelle beschäftigt sind, haben ihre Ausbildung im Rahmen des SVB absolviert.

Die jeweiligen Ausbildungsinstitutionen konzentrieren ihre Bemühungen allerdings im Hinblick auf eine zukünftige Tätigkeit an einer öffentlichen Berufs- und Laufbahnberatung – Personen mit einem invalidisierenden Gesundheitsschaden werden hinsichtlich ihrer Möglichkeiten zur erwerblichen Teilnahme ausschliesslich in der Kompetenz der IV-Stellen beurteilt: Es existiert bis zum heutigen Zeitpunkt keine Ausbildungsform der Berufs- und Laufbahnberatung, die fachspezifisch auf die Belange der Invalidenversicherung und insbesondere auf die Belange von Menschen mit einem invalidisierenden Gesundheitsschaden zugeschnitten wurde. Erwerbliche Rehabilitation bei Menschen mit einem invalidisierenden Gesundheitsschaden setzt jedoch voraus, dass man versucht, die Schwierigkeiten dieser Menschen auf sämtlichen Partizipationsebenen nachvollziehen zu können. Dafür benötigt man nach Ansicht des Verfassers nicht nur Kompetenzen zur Abklärung der Neigungen und Interessen der jeweiligen Person, sondern ebenso fundierte Kenntnisse der

sonderpädagogischen und der Rehabilitationspsychologie sowie Kompetenzen arbeitsmedizinischer und rechtlich-wirtschaftlicher Art.

Das Bundesamt für Sozialversicherung BSV hat, wie Baer (2002, S. 415) ausdrücklich erwähnt, festgelegt, dass sich das Fachpersonal für die berufliche Rehabilitation durch eine Ausbildung in Sozialpädagogik an einer Höheren Fachschule im Sozialbereich (HFS) auszeichnen sollte. Der Autor geht mit Baer (2002) diesbezüglich einig, dass man mit dieser Ausbildung den Anforderungen an eine Fachperson für erwerbliche Rehabilitation absolut nicht gerecht wird: Interventionstechniken, die im Umgang mit dieser allzu bedauerlicherweise oft nicht nur körperlich beeinträchtigten, sondern oftmals gleichzeitig psychisch angeschlagenen Klientel notwendig sind, „sind kein Luxus, sie sind die Basis der beruflichen Rehabilitation“ (Baer, 2002, S. 415). Es gehört zentral dazu, dass man die Folgen der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auf sämtlichen Partizipationsfelder nachvollziehen kann. Oftmals fehlt es nach Erfahrung des Autors den verantwortlichen Personen einer IV-Stelle an Wissen über die jeweiligen Krankheitsbilder und ihre psychischen und körperlichen Auswirkungen auf die Möglichkeit der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Wegen der Relevanz für die Alltagspraxis ist deshalb zumindest eine ständige interne und externe Fortbildung sämtlicher Angehörigen der Invalidenversicherung hinsichtlich der Förderung ihrer Kompetenz der Auseinandersetzung mit den jeweiligen Krankheitsbildern und ihren Wirkungen auf die Partizipationsmöglichkeiten dringend erforderlich. Es genügt nicht, sich unkritisch auf das Urteil medizinischer Fachpersonen abzustützen – ihnen wird erstaunlicherweise aufgrund ihrer Beurteilungskompetenz hinsichtlich der ‚Körperfunktionen und -strukturen‘ sensu ICF (2001) im selben Atemzug die Kompetenz zugesprochen, das Ausmass der erwerblichen Teilnahmemöglichkeit sensu ICF (2001), genauer: der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einer versicherten Person exakt einschätzen zu können (,Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung KSIH Randziffer Rz 1006). Es zeigen hierzu etliche Kolloquien des Autors mit medizinischem Fachpersonal, dass es sich nur allzu oft überfordert fühlt, verlässliche prozentgenaue Angaben über die kausale betrachtete Auswirkung eines Gesundheitsschadens auf die tatsächliche Leistungsfähigkeit im bisher oder in einem zukünftigen Tätigkeitsbereich zu machen: Nicht nur wird das medizinische Fachpersonal während ihres Medizinstudiums *kaum oder gar nicht* hinsichtlich arbeitsmedizinischer Fragen geschult, mit dieser blinden Vorgehensweise wird gleichzeitig der Konfundierung unterschiedlicher Beurteilungsebenen – der Körperebene, der Aktivitätsebene und der Partizipationsebene – Vorschub geleistet.

Zwar wird eine versicherte Person zur Identifikation der erwerblichen Partizipationsmöglichkeiten im Sinne der Erwerbsfähigkeit auf die Zusammenarbeit zwischen IV-Berufs- und Laufbahnberatung und medizinischem Fachpersonal aufmerksam gemacht, doch wird in der Realität angesichts der fehlenden Beurteilungskompetenz und damit der Unsicherheit der IV-Verantwortlichen üblicherweise letzten Endes dem Urteil des medizinischen Fachpersonals entsprochen. So wurde beispielsweise durch eine medizinische Fachperson ohne vorherige Absprache mit der IV-Berufs- und Laufbahnberatung einer versicherte Person mit einer seit einigen Jahren bestehenden, heute medikamentös behandelten paranoiden Schizophrenie die Kostenübernahme für eine Ausbildung zum Sozialarbeiter vorgeschlagen – die medizinische Fachperson sah in dieser Ausbildung neben einer zukünftigen – allerdings krankheitsbedingt lediglich im eingeschränkten Rahmen ausübaren – lukrativen Erwerbstätigkeit gleichzeitig eine Therapiemöglichkeit.

Ein weiteres Beispiel: Es gehört zu den Standardinterventionen der IV-Berufs- und Laufbahnberatung, dass eine Bestimmung des Intelligenzquotienten vorgenommen wird, so auch bei geistig und lernbehinderten Jugendlichen. Das IQ-Mass wird von vielen Mitarbeitern



einer IV-Stelle als ausschlaggebend für die Beurteilung des Ausbildungspotentials der jugendlichen lern- oder geistig behinderten Person betrachtet. Methodologisch, theoretisch und auch empirisch vorliegende Schwachstellen von Intelligenztests in der Anwendung bei Personen mit Lernbehinderung oder geistiger Behinderung sind den meisten IV-Abklärungspersonen nicht bekannt. Dem Autor selber ist kaum eine IV-Fachperson für Berufs- und Laufbahnberatung bekannt, die sich als Alternative dazu oder zumindest als zusätzliche Abklärungsmöglichkeit Methoden der Lerndiagnostik bedient, um das vorhandene Lernpotential zu identifizieren.

Manchmal scheint es gar denkbar oder auch erforderlich, den Personenkreis für die Durchführung der Massnahme mit dem Ziel der Wiederherstellung der erwerblichen Partizipationsmöglichkeit zu erweitern und andere Bezugspersonen mit einzubeziehen. Im Rahmen des ‚Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung‘ KSIH, Randziffer Rz 1044 ist ein derartiger Einbezug lediglich dann möglich, wenn

- (a) die *medizinische Beurteilung* des Gesamteinflusses des Gesundheitsschadens auf die Erwerbsfähigkeit nicht schlüssig ist – so beispielsweise beim gleichzeitigem Auftreten eines psychischen und eines organischen Gesundheitsschadens, weshalb oftmals eine multidisziplinäre medizinische Abklärung in einer ‚Medizinischen Abklärungsstelle‘ MEDAS in Auftrag gegeben wird (KSIH Rz 1044 und 1055) ;
- (b) die *Beurteilung der verbliebenen Leistungsmöglichkeit* einer versicherten Person lediglich praktisch im Arbeitsalltag möglich ist – so beispielsweise als Folge eines unklaren berufsberaterischen Abklärungsergebnisses, weshalb die Durchführung einer stationären beruflichen Abklärung an einer ‚Beruflichen Abklärungsstelle‘ BEFAS in Betracht gezogen wird (KSIH Rz 1044 und KSBE Rz 2003);
- (c) eine *Beurteilung der Leistungsfähigkeit im häuslichen Aufgabenbereich* einer versicherten Person notwendig ist – so bei jeder Person, wobei beinahe ausnahmslos Frauen davon betroffen sind, deren Tätigkeit im häuslichen Aufgabenbereich (Haushalt, Familie, Erziehung usw.) das Ausmass von 20 % übersteigt, weshalb eine Fachfrau für Haushaltsabklärung im Rahmen einer ‚Abklärung an Ort und Stelle‘ beauftragt wird, die gesundheitlich bedingten Einschränkungen der Haushaltstätigkeit zu identifizieren und deren prozentuales Ausmass zu bestimmen (KSIH Rz 1044) (vgl. hierzu auch Kapitel 3.3.).

Durch die Beantwortung der Frage nach der Routinisierbarkeit der Interventionsmassnahme, die besonders für wissenschaftliche Evaluationen wichtig ist, lässt sich gleichzeitig die Frage nach der *Anpassungsfähigkeit oder der Adaptibilität der Massnahme auf den Einzelfall* beantworten. Die Anpassung an den Einzelfall einer Interventionsmassnahme ist besonders für den praktischen Einsatz der Interventionsmassnahme wichtig. Tatsächlich bietet die Invalidengesetzgebung in ihrer *formalen Darstellungsform* den Rahmen, der *inhaltlich* frei gestaltet werden kann: Lediglich das *Ziel der Rehabilitationsmassnahme* ist *formal definiert* – nämlich dadurch, dass die versicherte Person nach Abschluss sämtlicher Wiedereingliederungsmassnahmen

- (a) *ihren Möglichkeiten entsprechend* erneut am Erwerbsleben teilhaben kann (Maximalkriterium);

- (b) *rentenausschliessend* am Erwerbsleben teilnehmen kann, d.h. ein Erwerbseinkommen erzielen kann, das im Rahmen des vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielten Einkommens liegt (Minimalkriterium)

Welcher *Erwerbsinhalt* nun zur Erfüllung des Minimal- und des Maximalkriteriums notwendig ist, wird innerhalb der IV-Berufs- und Laufbahnberatung entschieden. Durch diese Vorgehensweise definiert sich die Invalidengesetzgebung als anpassungsfähiger Rahmen zur Durchführung einer erwerblichen Rehabilitationsmassnahme.

Von einer Interventionsmassnahme ist zu fordern, dass der mit ihrer Durchführung verbundene Aufwand sowohl in personeller als auch in finanzieller Hinsicht in einem vertretbaren Verhältnis zu den angestrebten und/oder erreichten Zielen steht (vgl. dazu auch Perrez, 1998b, S. 55). Es macht allerdings wenig Sinn, allgemein festzulegen, was nun unter ‚vertretbarem Aufwand‘ zu verstehen sei. Je umfassender ein *inhaltlich geprägtes Rehabilitationsziel* ist, desto grösser darf der zu veranschlagende Aufwand sein, weshalb die Invalidengesetzgebung im Art. 8 Abs. 1 IVG vom Prinzip der *Verhältnismässigkeit der erwerblichen Rehabilitationsmassnahme* spricht, die ihre Konkretisierung stets durch die vergleichende Betrachtung des erwerblichen Eingliederungsziels, des erwerblichen Eingliederungsbedarfs und des zu seiner Erreichung erforderlichen Mitteleinsatzes zu Lasten der Invalidenversicherung verlangt (vgl. ausführlicher unter Kapitel 3.3.)

So ist, wie bereits unter 3.4. erwähnt, neben einer tatsächlichen Reintegration in das Erwerbsleben ebenso die Möglichkeit der Festlegung der Zumutbarkeit ohne tatsächliche erwerbliche Rehabilitation im Sinne einer *hypothetischen Einschätzung* vorhanden, welche vor allem versicherte Personen mit einem potentiell invalidisierenden Gesundheitsschaden betrifft, für die trotz Inanspruchnahme der Leistung der Arbeitsvermittlung keine geeignete Arbeitsstelle gefunden werden konnte. Dies trifft oft gerade diejenige Personengruppe, die neben Tätigkeiten im häuslichen Aufgabenbereich gleichzeitig einer in Teilzeit ausübbarer Erwerbstätigkeit im Rahmen einer atypischen Beschäftigungsform nachgehen. Durch das Mittel der hypothetischen Einschätzung ist der Invalidenversicherung ohne tatsächliche Eingliederung in die Erwerbswelt möglich, einen möglichen Rentenanspruch der versicherten Person abzuklären – dieses Ziel kann dadurch erreicht werden, dass ein hypothetisches Erwerbseinkommen festgelegt wird, das die versicherte Person trotz invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielen könnte, und demjenigen Erwerbseinkommen gegenübergestellt wird, das die versicherte Person zum heutigen Zeitpunkt ohne Gesundheitsschaden erzielen könnte.

## 4. Implementation und Implementationsvergleich

Im Rahmen der Diskussion der Implementation der Rehabilitationsmassnahme wird untersucht, in wie weit die Ausführung der Massnahme ihrer Konzeption entspricht und welche äusseren Einflüsse eine mögliche Wirkung der Massnahme begünstigen oder behindern. Um dieser Diskussion folgen zu können, sei erneut das Grundlagenmodell der erwerblichen Rehabilitation dargestellt:

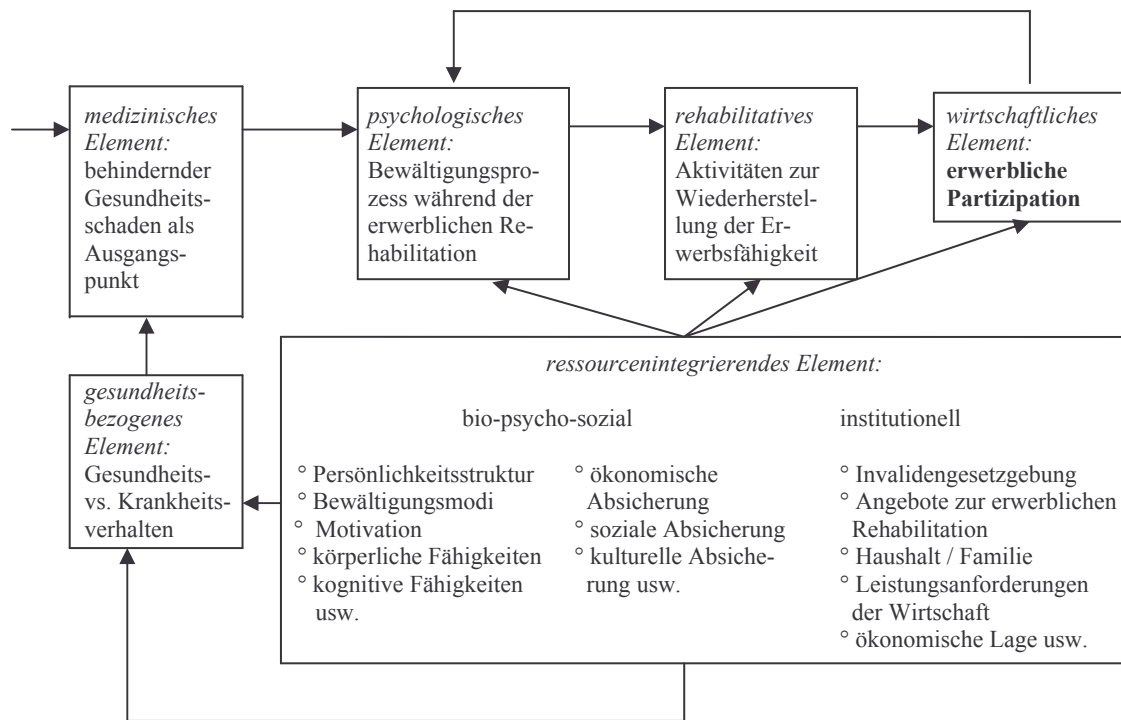


Abbildung 4.1.: Grundlagenmodell der erwerblichen Rehabilitation

### 4.1. Die Dimension des ‚Gesundheitsschadens‘

Im Rahmen der Schweizerischen Invalidengesetzgebung findet sich der Begriff ‚Behinderung‘, wie er beispielsweise im Rahmen des ICF (2001) verwendet wird, nämlich als Beeinträchtigung der Teilhabe an einem Lebensbereich infolge der negativen Wechselwirkung zwischen dem gesundheits- und funktionalen Zustand einer Person und ihren Umweltfaktoren, an keinem Ort. Vielmehr wird als Ausgangspunkt der erwerblichen Rehabilitation auf den Begriff des ‚Gesundheitsschadens‘ zurückgegriffen, womit zunächst damit einmal lediglich in theoretischer Hinsicht die Funktion des Gesundheitsschadens, die Rehabilitation desselben als Teil des gesundheitlichen Versorgungssystems – und nicht irgendwelcher anderer sozialer Unterstützungssysteme – zu definieren ist. Dem medizinischen System wird mit diesem Ausgangspunkt die tragende Rolle in diesem Zusammenhang zugeschrieben: Wenn es also *Gesundheitsschäden als Folge eines die Gesundheit der betroffenen Person beeinträchtigenden Ereignisses* sind, welche die gesamte erwerbliche Rehabilitationsproblematik überhaupt erst auslösen, dann müssen Problemlösungen naheliegenderweise zunächst auf der Ebene der Gesundheitsschadens selbst gesucht werden. Dies bedeutet, in dem Masse, in dem solche Schäden vollständig behoben oder zumindest gemildert würden, lösten oder verringerten sich auch die daraus ergebenden erwerblichen

Aktivitäts- und Partizipationsstörungen als Folgen dieses gesundheitsschädigenden Ereignisses auf – woraus klar erkennbar wird, dass sowohl medizinische als auch diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, soweit sie nicht bereits zuvor vollständig ausgeschöpft wurden, eine bedeutsame Rolle hinsichtlich erwerblicher Rehabilitationsmassnahmen spielen. Die Definition des Gesundheitsschadens als ‚Aufhänger‘ für die erwerbliche Rehabilitation erfüllt allerdings eine weitere bedeutende Funktion: Zu denken ist dabei an eine Eingrenzung der Zielgruppen, für die eine erwerbliche Rehabilitation zur Veränderung der derzeitigen erwerblichen Situation in Frage kommt, weshalb andere gesellschaftliche Gruppen, die durchaus dasselbe Interesse an einer Verbesserung ihrer Erwerbslage hätten, per definitionem vom Zugang zum erwerblichen Rehabilitationssystem ausgeschlossen werden müssen. Eine soziale Institution – die erwerbliche Rehabilitation kann durchaus als solche bezeichnet werden –, die das Ziel verfolgt, die Teilhabe am Erwerbsleben dadurch zu erleichtern, dass sie konkrete unterstützende Massnahmen anbietet oder auch versucht, die Leistungsanforderungen, beispielsweise an einem Arbeitsplatz zu senken, muss sich unmissverständlich nach zwei Seiten hin gegen mögliche Missverständnisse oder gar gegen einen möglichen Missbrauch ihrer Leistungen absichern:

- Leistungen erwerblich-rehabilitativer Art sollen etwa von ‚normalen‘, d.h. nicht von einem potentiell invalidisierenden Gesundheitsschaden betroffenen Gesellschaftsmitgliedern - etwa Jugendlichen ohne Lehrstelle - nicht beansprucht werden können, weshalb gesellschaftliche ‚Normalität‘ von der Perspektive der erwerblichen Rehabilitation ausgegrenzt werden muss;
- Entscheidend ist allerdings, dass ausser dauernd in ihren erwerblichen Partizipationsmöglichkeiten eingeschränkte Menschen noch andere soziale Gruppen existieren, die eine - teilweise sogar massive - Beeinträchtigung ihrer Partizipationsmöglichkeiten am Erwerbsleben erleben. Für diese sollen die Angebote der erwerblichen Rehabilitation klar auch keine Geltung haben. Der Autor denkt dabei an von Armut betroffene Menschen, Obdachlose, Arbeitslose, Drogenabhängige, ‚gescheiterte Existenzen‘, für deren Integration andere Leistungen, nicht aber Leistungen des erwerblichen Rehabilitationssystems der Schweizerischen Invalidenversicherung beansprucht werden können.

Hervorzuheben ist besonders dasjenige Kriterium, das den Zugang zum erwerblichen Rehabilitationssystem regelt, nämlich dass ausnahmslos Beeinträchtigungen der erwerblichen Partizipation in Betracht gezogen werden, die *ohne persönliches Verschulden* der betroffenen Person entstanden sind. Dieses Kriterium erfüllen beispielsweise die als ‚somatisch‘ klassifizierten Krankheiten, die gesellschaftlich mit dem Merkmal des Schicksalhaften und damit potentiell persönlich Unverschuldeten verbunden werden, worunter beispielsweise - klassisch - invalidisierende Rückenbeschwerden fallen. Dieses Konstrukt des ‚persönlichen Verschuldens‘ wirkt allerdings bei näherem Hinsehen als doppeldeutig: So kann bei näherer Überlegung bei vielen Krankheiten und Gesundheitsschäden wohl kaum so einfach davon ausgegangen werden, dass sie ohne persönliches Verschulden zustande gekommen sind, ebenso ist es äusserst problematisch, Schwierigkeiten in der erwerblichen Partizipation bei von Armut Betroffenen, Arbeitslosen oder ‚Aus-der-Bahn-Geratenen‘ einfach dem persönlichen Verschulden zuzurechnen. Aber jedenfalls kann auf diese Weise der Kreis derjenigen, die die „Voraussetzung für den Anspruch auf erwerbliche Eingliederungsmassnahmen“ (Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art KSBE, Randziffer Rz 1003) erfüllen, eingeschränkt werden.

Pikanterweise stellen Studien zum Themenkreis ‚Prädikative Beziehungen zwischen Persönlichkeit und kritischen Lebensereignissen‘, wie sie beispielhaft von Schmitz,

Rothermund & Brandtstädter (1999) durchgeführt wurde, gerade diese Ansicht des ‚persönlich Unverschuldeten‘ und des ‚Schicksalhaften‘ in Frage. Kritische Lebensereignisse, definiert als Situationen, die Brüche und Diskontinuitäten in den Lebensumständen hervorbringen und damit besondere adaptive Herausforderungen darstellen (Filipp, 1995), werden üblicherweise als antezedente Bedingungen von Entwicklungs- und Persönlichkeitsmerkmalen betrachtet. Eher vernachlässigt bleibt demgegenüber, dass sich Persönlichkeitsmerkmale, vermittelt über Person-Umwelt-Koordinierungen, ihrerseits auf die Ereignisstruktur der persönlichen Erwerbsbiografie auswirken können. Aversive Lebensereignisse wie etwa Unfälle, Erkrankungen, Konflikte werden zwar im allgemeinen nicht intentional herbeigeführt, sie können aber durchaus als Nebeneffekte intentionaler Aktivitäten auftreten und insofern mit einer selektiven Präferenz für spezifische Entwicklungsumwelten und mit den zugrundeliegenden differentiellen Merkmalen statistisch gekoppelt sein (vgl. Fergusson & Horwood, 1987; Ormel & Wohlfarth, 1991; Magnus, Diener, Fujita & Pavot, 1993). So ist beispielsweise anzunehmen, dass extravertierte Personen aufgrund ihres aktiven, geselligen und gegenüber neuen Erfahrungen aufgeschlossenen Lebensstil eher riskante Sportarten bevorzugen und durch das Aufsuchen entsprechender Umweltkontexte auch häufiger in Sportunfälle verwickelt sind als introvertierte Menschen. Es lassen sich jedoch auch kausale Verknüpfungen von Persönlichkeitsmerkmalen und Lebensereignissen denken, die nicht durch intentionales Handeln, gleichwohl aber durch dispositionelle Eigenschaften und Verhaltensmuster von Personen – und daraus resultierenden Umgebungsreaktionen – bestimmt sind. Ein empirischer Hinweis dafür wäre etwa die Zwillingstudie von Plomin, Lichtenstein, Pedersen, McClean & Nesselroade (1990).

Als eigentlicher 'Prototyp' der zu rehabilitierenden Person gilt für die Schweizerische Invalidenversicherung also grundsätzlich diejenige Person, die zunächst einmal durch persönliche Anstrengungen eine normale erwerbliche Partizipation erreicht hatte und dann wegen den Folgen einer Erkrankung oder eines gravierenden Unfalls eben unverschuldet in eine Lage geraten ist, in der ihre weitere erwerbliche Partizipation gefährdet ist oder in beträchtlichem Ausmass eingeschränkt wird. Diesem Personenkreis hilft die Gesellschaft mit ihren besonderen Angeboten zur erwerblichen Rehabilitation, das "vor Eintritt des Gesundheitsschadens" erzielte Ausmass an Partizipation am Erwerbsleben weitgehend wieder herzustellen.

Erwerbliche Rehabilitation dient also der 'Behebung' *erwerblicher Partizipationsstörungen*, die sich aus Gesundheitsschäden und ihren Folgen ergeben. Partizipationsstörungen auf der Erwerbsebene werden nach Massgabe des WHO-Schemas durch Störungen der *Aktivität zur Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit* bedingt, wie sie häufig mit Krankheiten und Unfällen und deren Folgen verbunden sind, wobei ‚Aktivität‘ als die Ausübung einer Tätigkeit oder einer Handlung durch eine Person (ICF, 2001, S. 123-170), so beispielsweise sensorische, kognitive oder kommunikative Aktivitäten zur Selbstversorgung und Haushaltsführung, verstanden wird. Aktivitätsstörungen können in der Tat zu Problemen im Bereich der erwerblichen Partizipation bzw. Teilnahme am Erwerbsleben führen, und deshalb stehen sie berechtigterweise im Mittelpunkt rehabilitativer Interventionen der Invalidenversicherung: Wenn es gelingt, die Teilnahmemöglichkeit durch erwerblich-rehabilitative Massnahmen wieder herzustellen oder die Fähigkeit zur Berufsausübung zu verbessern, können erwerbliche Partizipationshindernisse, die durch solche Aktivitätsstörungen bedingt sind – und zwar unabhängig vom Geschlecht –, abgebaut werden, weshalb entsprechend eine Zunahme der erwerblichen Partizipation erwartet werden kann. Auf dem Hintergrund dieser Zusammenhänge entfaltet die ICF ein riesiges Feld äusserst differenziert beschriebener Aktivitäten und ihrer Beeinträchtigungen und damit auch ein gut strukturiertes Feld gezielter Ansatzpunkte in der erwerblichen Rehabilitation.



## 4.2. Gesundheitsschaden und Bewältigung

Es muss allerdings in Betracht gezogen werden, dass die direkten Zusammenhänge zwischen Aktivität und Partizipation nicht zwingend sind und dass die krankheits- oder auch unfallbedingten erwerblichen Partizipationsstörungen bei weitem nicht in allen Fällen aus Einschränkungen der Aktivität resultieren. Gravierende Krankheitsereignisse und ihre Folgen oder das Bewusstsein, nun nicht mehr gesund, sondern dauernd beeinträchtigt zu sein, stellen für die Betroffenen häufig einschneidende Lebensereignisse dar, die dem gesamten bisherigen Leben – einschliesslich des Selbst- und Körperbildes bis hin zum ‚Sinn‘ aller möglichen Aktivitäten und Partizipationen – den Boden entziehen können. (vgl. Gerdes, 1986; Auhagen, 2000). Gerade in diesen Fällen führt die Beseitigung von Aktivitätsstörungen für die betroffenen Personen bei weitem nicht zu einer ‚Normalisierung‘ der Auseinandersetzung mit beruflichen Alltagsanforderungen und der Partizipation am Erwerbsleben. Dies hängt wahrscheinlich weitgehend mit der Frage zusammen, wie die von einem Gesundheitsschaden betroffenen Menschen selbst mit ihrer durch Krankheit oder Unfall und ihren Folgen problematisch(er) gewordenen Lebenssituation umgehen. Dies ist der Grund, weshalb in das diesem Kapitel zugrundeliegende Grundlagenmodell der erwerblichen Rehabilitation der eigentliche ‚Bewältigungsprozess‘ als zentrale Dimension im gesamten Rehabilitationsgeschehen eingeführt worden ist. Es soll damit ausgedrückt werden, dass *keine* gesundheitliche Einschränkung einen Einfluss auf erwerbliche Aktivität und erwerbliche Partizipation ausübt, ohne von der betroffenen Person wahrgenommen und nach Verfügbarkeit und Einsatzmöglichkeit sämtlicher in Frage kommender persönlicher Ressourcen verarbeitet, d.h. *bewältigt* worden zu sein (vgl. z.B. Schüssler, 1993).

Das Konzept der Bewältigung gehört zu den Forschungsrichtungen, die sich gegenüber theoretischen und methodischen Modeströmungen als äusserst robust und daher als erstaunlich nachhaltig erweisen. Die Langlebigkeit des Bewältigungskonzeptes liegt der Meinung des Autors nach weniger an den bemerkenswerten Ergebnissen, die die Bewältigungsforschung vorzuweisen hat, sondern vielmehr an ihrem hohen Gebrauchswert, den das Bewältigungskonzept für die dieses Konzept benutzende Person hat. (In der deutschsprachigen Literatur werden die Begriffe ‚Coping‘ und ‚Bewältigung‘ nebeneinander verwendet, für die vorliegende Arbeit wird der Begriff der ‚Bewältigung‘ vorgezogen, da gegenüber dem Begriff ‚Coping‘ kein Bedeutungsverlust entsteht.)

Die Art der Auswirkungen eines Gesundheitsschadens auf die erwerbliche Aktivität und Partizipation – die eigentlichen Zielgrössen der erwerblichen Rehabilitation – hängt entscheidend vom Einfluss des Ergebnisses des Bewältigungsprozesses während der Rehabilitationsphase ab, weshalb der Bewältigungsprozess die Funktion einer ‚*Mediator-Variablen*‘ einnimmt. Dies bedeutet, dass, anders als in der Akutmedizin, in der Rehabilitationsphase die primär Handelnden nicht medizinische oder therapeutische Fachpersonen, sondern vielmehr die zu rehabilitierende Person mit ihrem jeweiligen Bewältigungsverhalten im Zentrum steht. An der zu rehabilitierenden Person und all ihren Fähigkeiten, Fertigkeiten und Verhaltensmustern, also all ihren Ressourcen (Hobfoll, 1998) führt kein Weg vorbei, wenn das Ziel der Wiederherstellung der Teilhabe am Erwerbsleben angestrebt wird.

Allerdings steht diese Betrachtungsweise im Konflikt zum formalisierten Vorgehen der schweizerischen Invalidenversicherung zur Wiederherstellung der Teilhabemöglichkeit am Erwerbsleben: In ihrem Rahmen wird nämlich davon ausgegangen, dass ausschliesslich kritische Lebensereignisse antezedente Bedingungen darstellen, die sich mehr oder weniger tiefgreifend auf die Teilnahmemöglichkeit am Erwerbsleben auswirken sollen. Auf diese



Problematik wurde bereits unter 4.1. bei der Diskussion des Begriffs ‚Selbstverschuldung‘ aufmerksam gemacht. Diese Sichtweise ist zwar nicht von vornherein unangemessen, birgt allerdings in dieser einfachen Form die Gefahr theoretischer und praktischer Fehlschlüsse. Ausgeklammert bleibt hierbei insbesondere der entwicklungstheoretisch bedeutsame Umstand, dass Individuen durch selektive und konstruktive Aktivitäten ebenso auf die Gestaltung ihrer persönlichen Entwicklung und damit auch auf die Ereignisstruktur ihrer Lebensgeschichte Einfluss nehmen (vgl. Brandtstädter, 1998; Lerner & Busch-Rossnagel, 1981). Vertreter des Interaktionismus im Rahmen persönlichkeitspsychologischer Modellvorstellungen gehen ebenfalls von einer wechselseitigen Beeinflussung zwischen Person- und Situationsmerkmalen aus (Diener, Larsen & Emmons, 1984; Snyder, 1981; Mischel, 1977). Individuen sind demnach auch (Ko-)Produzenten ihrer eigenen Entwicklungsumgebung, indem sie bestimmte Umwelten gezielt aufsuchen oder vermeiden (Emmons, Diener & Larsen, 1985; Zuckerman, 1979).

Es werden in der Literatur unterschiedliche Typen von koordinierenden Mechanismen oder Prozessen unterschieden, die einen systematischen Zusammenhang zwischen individuellen Dispositionen und biografischen Ereignissen stiften können. Diese Prozesse sind in unterschiedlichem Mass intentional kontrolliert; man kann passive, aktive und evokative Varianten der Individuum-Umwelt-Koordinierung (I-U-Koordinierung) unterscheiden (vgl. Caspi, 1998; Scarr & McCartney, 1983; Plomin, DeFries & Loehlin, 1977). Eine *passive I-U-Koordinierung* liegt beispielsweise vor, wenn Individuen bestimmten Erziehungs- und Sozialisationsumwelten zugeordnet werden, wobei die Zuordnungsprozesse oder –entscheidungen von bestimmten individuellen Attributen (Interessen, Kompetenzen usw.) abhängen. Eine *aktive I-U-Koordinierung* dagegen kommt dadurch zustande, dass Individuen sich Entwicklungsumwelten, Lebensumstände oder Handlungsräume suchen oder schaffen, die ihren spezifischen Kompetenzen, Interessen, Temperamentsmerkmalen usw. entsprechen. Eine *evokative I-U-Koordinierung* würde dagegen durch Prozesse vermittelt, bei denen ein Individuum auf Grund bestimmter Attribute besondere Reaktionen oder Verhaltensweisen seiner Umwelt evoziert, die für seine weitere Lebensgeschichte bedeutsam werden (diese Form kann vielleicht auch als Spezialfall einer passiven I-U-Koordinierung betrachtet werden, wengleich evokative Prozesse auch vom Individuum instrumentalisiert werden können).

Eine wesentliche Implikation dieser Überlegungen ist, dass der Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen einerseits und aktiven Handlungen der betroffenen Person zur Veränderung der subjektiven problematischen Situation andererseits nicht lediglich im Sinne der klassischen Vorgehensweise der Invalidenversicherung, nämlich der Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten, wobei eben die Zuordnungsprozesse und –entscheidungen von der IV initiiert werden (evokative I-U-Koordinierung), sondern vielmehr in Rechnung gestellt werden muss, dass spezifische biografische Ereignisse – bei Frauen eben Aufgaben im häuslichen Bereich, gekoppelt mit einer Teilzeiterwerbstätigkeit in der Umgebung des Wohnortes – bzw. prädisponierende Wirkungen von Persönlichkeitsmerkmalen auf den erwerblichen Rehabilitationsprozess Einfluss nehmen. Es sind deshalb nicht nur diesbezügliche Wirkungen hinsichtlich des Eintretens von Einflüssen auf den Rehabilitationserfolg – wie und von wem auch immer ‚Erfolg‘ definiert wird – zu erwarten, sondern ebenso im Hinblick auf den erlebten Belastungsgrad und die Bewältigung von einschneidenden Lebensereignissen (Suls, David & Harvey, 1996; Diener, 1984). Dabei sind – in Abhängigkeit von der besonderen Lebenssituation und der jeweiligen Persönlichkeitsdimensionen und im Hinblick auf die Annahme einer aktiven I-U-Koordinierung – während des Bewältigungsprozesses sowohl protektive als auch belastungssteigernde Wirkungen denkbar. In diesem Sinne kann von einem Manko innerhalb

der erwerblichen Rehabilitation, wie er durch die schweizerische Invalidengesetzgebung festgelegt worden ist, gesprochen werden.

Wie dieser Bewältigungsprozess und letztendlich der gesamte Rehabilitationsprozess auch aussehen mag, er wird in erster Linie durch die vorhandenen *Ressourcen*, die der zu rehabilitierenden Person zugänglich sind, festgelegt. Sie werden in Abbildung 4.1. ihrerseits in *bio-psycho-soziale* (wozu auch die innerhalb des ICF, 2001, stiefmütterlich behandelten ‚personal factors‘ zählen) und *institutionelle* Ressourcen unterteilt. Zur Illustration sind in der Abbildung beispielhaft einige Stichworte dazu wiedergegeben. Definiert wird der Begriff ‚Ressource‘ in Zusammenhang mit den Ausführungen Hobfoll’s (zusammenfassend z.B. Hobfoll, 1998) zu seiner ‚Theorie der Ressourcenerhaltung‘ (COR; ‚Conservation-of-Resources-Theory‘) an. Dieser definiert den Begriff ‚Ressource‘ mit folgender Umschreibung: „People strive to obtain, retain and protect that which they value (...and) also endeavor to foster that which they value“ (Hobfoll, 1998, S 55) und umfasst damit sämtliche Fähigkeiten und Möglichkeiten einer Person, die ihm durch seine Person und durch die Kultur, in der er eingebettet ist, zur Verfügung stehen.

Eine belastende Situation entsteht nach dieser Betrachtungsweise dann, wenn Ressourcen bedroht oder verloren werden und Individuen ihre Ressourcen nutzen, um diesen Verlust zu verhindern oder zu minimieren. Hobfoll (1998, S. 55) definiert Belastung also als eine Reaktion auf die Umwelt, in der (1) der Verlust von Ressourcen droht, (2) der tatsächliche Verlust von Ressourcen eintritt oder (3) der adäquate Zugewinn von Ressourcen nach einer Ressourceninvestition versagt bleibt. Die Motivation, neue Ressourcen zu gewinnen, veranlasst Individuen dazu, bereits bestehende Ressourcen in Neugewinne zu investieren, um das gesamte Repertoire zu erweitern. Die COR-Theorie postuliert hierzu, dass bei gleichem Ausmass an Verlusten und Gewinnen erstere die stärkeren Auswirkungen haben. Hobfoll meint (1998, S. 62): „Resource loss is disproportionately more salient than is resource gain“ und distanziert sich damit vom Prinzip der Homöostase, wie es etwa dem Stressmodell von Lazarus (Lazarus, 1995) zugrunde liegt. Empirisch bestätigt wurde diese Annahme im Rahmen einer Untersuchung von Hobfoll & Lilly (1993) an einer Gemeindestichprobe sowie an einer Stichprobe von Studierenden. Weitere Studien zur Relevanz von Verlust- versus Gewinnereignissen konnten ebenfalls zeigen, dass Verluste deutlicher mit Distress und Erkrankungen zusammenhängen als Gewinne (Taylor, 1991; Thoits, 1983). Vinokur, Price & Caplan (1996) befragten eine Gruppe Arbeitsloser und deren Partner über einen Zeitraum von sechs Monaten. Mit andauerndem Stress durch Misserfolge bei der Arbeitssuche stieg bei beiden Partnern das Auftreten depressiver Symptome und in der Folge tendierten beide dazu, gleichzeitig hilfreiche Unterstützung zurückzunehmen. Mit reduzierter Hilfeleistung wuchsen Depression und Unzufriedenheit mit der Partnerschaft. Ausserdem notierten Vinokur et al. (1996), dass Personen mit anfänglich grösseren finanziellen Ressourcen besser in der Lage waren, sich der potentiellen Gefährdung von Depression durch Arbeitslosigkeit zu widersetzen.

Die vorhandenen Ressourcen einer Person beeinflussen deshalb nachhaltig den eigentlichen Bewältigungsprozess, was wiederum – im Schema 4.1. durch Feed-Back-Schleifen gekennzeichnet – das Zusammenspiel zwischen erwerblicher Aktivität und erwerblicher Partizipation definiert. Dies deutet an, dass der Bewältigungsprozess in keiner Weise ein einmaliges Ereignis ist, sondern immer wieder von neuem stattfindet, weshalb die Ergebnisse offensichtlich Auswirkungen auf die nachfolgenden Prozesse auf sämtlichen Ebenen des Rehabilitationsprozesses haben.

Die ‚*institutionellen Ressourcen*‘ stellen sich für den Verlauf einer erwerblichen Rehabilitation als externale Ressourcen der zu rehabilitierenden Person dar. Sie können sich als hilfreich oder als zusätzlich hindernd auswirken. Das Ausmass der Beeinflussbarkeit ist dabei unbestimmt. So bilden institutionelle Ressourcen oft eine einschränkende Grenzen für den Rehabilitationserfolg, je nach dem, in welcher Form wiedergewonnene erwerbliche Aktivitätsmöglichkeiten in die tatsächlich wiedergewonnene erwerbliche Teilhabe umgesetzt werden können. So kommt es im Alltag einer Fachperson für Berufs- und Laufbahnberatung an einer IV-(Invalidenversicherung)Stelle häufig vor, dass Personen medizinisch betrachtet für leichtere Erwerbstätigkeiten als rehabilitiert gelten (Dimension der Aktivität) – wobei der Begriff ‚leichter‘ als undefiniert gilt –, trotzdem aber keine Erwerbstätigkeit ausüben (Dimension der Partizipation), weil der Arbeitsmarkt keine geeigneten zugänglichen, d.h. freien Stellen bereithält (limitierende Arbeitsmarktsituation). Nicht zu übersehen ist allerdings auch, dass positive Entwicklungen bei den institutionellen Ressourcen Auswirkungen auf sämtliche Bereiche haben, die vielen Betroffenen das Leben ganz erheblich erleichtern können. Ob bestimmte Aktivitäten ausgeübt werden können oder nicht, kann u.a. davon abhängen, ob für Frauen mit Aufgaben im häuslichen Bereich während einer Umschulung in eine andere, ihren körperlichen und psychischen Fähigkeiten angepasste Tätigkeit, dementsprechende Haushaltserleichterungen wie Haushaltshilfe und Kindererzieherin zur Verfügung gestellt werden, oder ob Verkehrsmittel und öffentliche Einrichtungen behinderungsgerecht zugänglich sind, ob Hilfsmittel oder behinderungsgerechte Wohnungen oder ambulante Hilfen bezuschusst werden, und zuletzt ob nach Beendigung der Umschulung eine dementsprechende Erwerbsmöglichkeit in ihrer Umgebung vorhanden ist usw.

An diesen Beispielen wird sichtbar, dass Aktivität und Partizipation nicht nur von der Leistungsfähigkeit der Betroffenen abhängen, sondern ebenso von den Leistungsanforderungen, die ihre Umgebung an sie stellt. Sowohl ‚Aktivität‘ als auch ‚Partizipation‘ stellen sich so dar als eine Art Gleichgewicht zwischen der Leistungsfähigkeit einer versicherten Person einerseits und den von einem potentiellen Arbeitgeber definierten Leistungsanforderungen an die versicherte Person andererseits. So ist dieses Gleichgewicht im Prinzip dadurch herstellbar, dass entweder die Leistungsfähigkeit der Betroffenen durch Neuausbildung, Umschulung, Training, Motivation usw. erhöht wird, oder dass die externen Leistungsanforderungen durch Hilfsmittel bzw. verringerte Anforderungen am Arbeitsplatz gesenkt werden.

Folgt man der Sichtweise Hobfolls (1998), so können Faktoren wie Mehrfachbelastungen während der erwerblichen Rehabilitationsphase durch die IV, nämlich unter anderem limitierender Gesundheitsschaden in unterschiedlichen Bereichen des Alltags, Partnerschaftsprobleme, finanzielle Notwendigkeit der Aufnahme einer neuen Erwerbstätigkeit, eingeschränkter bzw. ausgetrockneter Arbeitsmarkt einzeln oder gemeinsam – im Sinne des Aufbaus einer Verlustspirale – eine erfolgreiche erwerbliche Rehabilitation (hier im Sinne einer tatsächlichen Wiederaufnahme einer der Behinderung angepassten Erwerbstätigkeit) in Frage stellen. Tatsächlich wird der Autor der vorliegenden Studie in seiner Tätigkeit als Fachperson für IV-Berufs- und Laufbahnberatung immer wieder von neuem mit dramatischen Beispielen konfrontiert, die die Annahme einer Verlustspirale nahelegen. Im Rahmen der Invalidengesetzgebung sind keine Interventionsmassnahmen vorgesehen, um dieser Verlustspirale in effektiver Weise entgegen zu wirken: Implizit wird davon ausgegangen, dass versicherte Personen über sämtliche notwendigen Ressourcen verfügen, um sich in effektiver Art und Weise mit ihrer gesundheitlich bedingten Erwerbslosigkeit auseinandersetzen zu können. Ebenso ist es fachlich und ausbildungsmässig nicht vorgesehen, dass Fachpersonen für IV-Berufs- und Laufbahnberatung sich mit dieser Problematik interventiv auseinandersetzen. Eine realitätsgerechte Konzeption interventiver

Massnahmen zur Wiederherstellung der Teilnahmemöglichkeit am Erwerbsleben setzt jedoch gleichzeitig die Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen zur für die betroffene Person nutzenbringenden bzw. effektiven Bewältigung der kritischen Lebenssituation der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit. Hierzu gehört auch die Identifizierung differentieller Bewältigungsprofile, die zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit in effektiver Weise beitragen.

Die Durchführung erfolgreicher interventiver Massnahmen zur erwerblichen Rehabilitation setzt deshalb gleichzeitig das Wissen über Erkenntnisse zum Thema ‚*Krankheits- und Gesundheitsverhalten*‘ voraus. Dieses für die erwerbliche Rehabilitation enorm wichtige Thema ist in der medizinischen Psychologie und in der Soziologie in der vergangenen Jahren ausführlich theoretisch und empirisch bearbeitet worden (vgl. dazu Heim & Perrez, 1994, und Myrtek, 1999). So beispielsweise bietet die Dimension des ‚*Gesundheitsverhaltens*‘ gerade bei chronischen Erkrankungen einen der wenigen Anhaltspunkte dafür, in welcher Form Gesundheitsschäden und ihre Progredienz überhaupt direkt beeinflusst werden können (vgl. z.B. Schwarzer, 1996; Stroebe & Stroebe, 1998). Dies lässt sich beispielsweise am sogenannten *Typ-A-Verhalten* illustrieren, einem Syndrom von ehrgeizigem Leistungsstreben, Ungeduld, Konkurrenzorientierung, Feindseligkeit und Hektik (Friedmann & Rosenman, 1974). Dieses Verhaltenssyndrom ist als ein erworbener Bewältigungsstil angesichts einer leistungsorientierten Umwelt aufgefasst worden (Price, 1982; Myrtek, 1985). Gerade das Gesundheitsverhalten stellt – vor allem, wenn langfristige Verläufe eines Rehabilitationsprozesses bei chronischen Krankheiten betrachtet werden – einen zentralen Einflussfaktor dar, der in jeder Systematik des Rehabilitationsprozesses vorhanden sein muss.

Die Dimension der *differentiellen Rehabilitationsprofile*, die den Bewältigungsprozess als einen zentralen Einflussfaktoren prägen, werden innerhalb des empirischen fünften Teils ausführlicher behandelt. Ihre Nennung im hier vorgestellten Grundlagenmodell soll an dieser Stelle lediglich deutlich machen, dass ihre Berücksichtigung in der Rehabilitation keinen irgend wie gearteten ‚Luxus‘ darstellt, auf den man notfalls auch verzichten könnte. Da die Art und das Ergebnis der individuellen Bewältigungsprozesse, die von den differentiellen Rehabilitationsprofilen gespeist werden, eine ausgesprochene Schlüsselstelle für den gesamten Rehabilitationsprozess darstellt, bilden diagnostische und darauf abzuleitende therapeutische Massnahmen zur Bearbeitung von Problemen während der Phase der erwerblichen Rehabilitation vielmehr eine notwendige Bedingung für eine erfolgreiche Rehabilitation. Um Missverständnisse vorzubeugen, ist zu diesem Votum allerdings anzumerken, dass damit nicht etwa gefordert wird, jede zu rehabilitierende Person einer ausführlichen persönlichkeitspsychologischen Diagnostik und Therapie zu unterziehen. Wohl aber müssten in den rehabilitativen Einrichtungen Vorgehensweisen etabliert werden, die auf Personen mit Unterstützungsbedarf in diesen Bereichen aufmerksam machen, und es müssten Behandlungsmöglichkeiten verfügbar sein, die zur Problemlösung im rehabilitativen Bereich erfolgversprechend eingesetzt werden können. Am Rande sei hier angemerkt, dass sich als ‚therapeutisches Agens‘ im psychosozialen Bereich sich nicht nur professionelle psychosoziale Interventionen auswirken, sondern auch die ‚interventionsabhängigen und –unabhängigen Wirkungen‘, die sich aus der persönlichen Zuwendung durch Fachkräfte der Rehabilitation sowie aus den vielfältigen sozialen Erfahrungen mit ‚mitfühlenden‘ Personen ergeben.

Einen Sonderfall für die Systematik des Grundlagenmodells stellen die psychischen Krankheiten dar: Während Depressivität, Ängstlichkeit, Probleme mit der Lebensbewältigung, soziale Isolierung und andere Ausdrucksformen psychischer Belastung bei den somatischen Erkrankungen in der Logik des Modells als ‚intervenierende Variablen‘



betrachtet werden, die den Zusammenhang zwischen unabhängigen (Gesundheitsschaden) und abhängigen Variablen (Aktivität und Partizipation) beeinflussen, nehmen psychische Störungen in der psychiatrischen und psychosomatischen Rehabilitation die Stelle der unabhängigen Variablen ein und sind im Grundlagenmodell dann auf der Ebene des ‚Gesundheitsschadens‘ zu verorten. Aber auch für solche *impairments* gelten die im Grundlagenmodell skizzierten Zusammenhänge: Auch psychische oder soziale *impairments* durchlaufen einen Bewältigungsprozess, der – je nach Ausprägung der (übrigen) persönlichen Ressourcen und der Umweltfaktoren – das Ausmass von Aktivität und Partizipation bestimmt.

Die obigen Ausführungen weisen auf die Bedeutung der Tätigkeit von Fachpersonen der IV-Berufs- und Laufbahnberatung hin. Wie bereits im dritten Kapitel erwähnt, erfordert eine sachgemässe Beratung zur erwerblichen Neuorientierung die Fähigkeit, Schwierigkeiten versicherter Personen unabhängig vom Geschlecht auf sämtlichen Partizipationsebenen nachvollziehen und ihre Relevanz hinsichtlich des Ziels, nämlich Wiederherstellung der Teilnahmemöglichkeit am Erwerbsleben prüfen, beurteilen und interventiv begegnen zu können. Hierzu gehören wie erwähnt nicht nur Kompetenzen zur individuellen Abklärung von Neigung und Interesse – wie dies zum heutigen Zeitpunkt üblich ist –, sondern ebenso fundierte Kenntnisse der sonderpädagogischen, klinischen und Rehabilitationspsychologie. Diese Wissenskonstellation findet sich bei den heutigen Fachpersonen für IV-Berufs- und Laufbahnberatung leider nur in den wenigsten Fällen und ist deshalb aus Sicht des Autors als bedenkenswert und als veränderungswürdig zu bezeichnen.

Nun existiert eine Bewältigungsforschung im Sinne eines mehr oder weniger abgeschlossenen Gegenstandsgebietes mit umgrenzter Fragestellung und methodischen Paradigmen nicht. Vielmehr können zahllose theoretische Ansätze und Forschungsarbeiten mit einem weitgestreuten inhaltlichen Spektrum unterschieden werden. Deshalb gibt es auch keine Bewältigungsforschung, die, ausgehend von theoretischen Differenzierungen und dementsprechenden empirischen Ergebnissen ein elaboriertes theoretisches und empirisches System darstellt. Wenn der Begriff der Bewältigung in den unterschiedlichsten Kontexten verwendet wird, dann geschieht dies in der Regel in dem Sinn, dass mit einer Situation umzugehen ist, die aus

- *subjektiver Sicht der betroffenen Person* in irgend einer Weise belastend, schwierig, fordernd oder unangenehm ist, und sich
- *aus objektiver Sicht* auf der Grundlage eines *intersubjektiven Konsens* bezüglich Belastungshaftigkeit in irgend einer Weise und irgendwo einschränkend auswirkt.

In Anlehnung an die im ICF (2001) verwendete Sprache heisst dies, dass eine beeinträchtigte körperlich-psychische Funktion, die einen Einfluss auf die Partizipationsmöglichkeiten einer Person hat, als 'behindernd' empfunden und deshalb von einer noch nicht definierten Person als *veränderungswürdig* hinsichtlich einer *Verminderung des Gefühls der Belastungshaftigkeit* betrachtet wird. Dieser veränderte, vormals belastende Zustand wird letztendlich hinsichtlich des Ausmasses der 'Bewältigung' beurteilt. Der Begriff der 'Bewältigung' ist in diesem Sinne ein in erster Linie *final* verwendeter Begriff, der ausdrücken soll, dass eine Partizipationsmöglichkeit in der Gesellschaft, die zuvor als problematisch, eingeschränkt und damit als 'behindert' bezeichnet wurde, *erfolgreich verändert* wurde, d.h. nach *Initiierung des Veränderungsprozesses* idealerweise eine hinsichtlich eines angestrebten *Zielzustandes positive Beurteilung* erfährt. Dieser Veränderungsprozess gründet auf dem Wechselspiel zwischen diskrepanzproduzierenden und diskrepanzreduzierenden Prozessen (Bandura, 1986, 1990). Wenn Ziele gesetzt werden, werden zunächst Diskrepanzen zwischen

gegenwärtigen Ist- und angestrebten Soll-Zuständen generiert. Anschliessend werden Handlungen geplant und initiiert, die erwarten lassen, dass Diskrepanzen reduziert und die zugehörigen Ziele verwirklicht werden können. Eine genauere Umschreibung lässt sich kaum geben. Versuche, über eine Definition in der Form Einschränkungen vorzunehmen, dass beispielsweise Bewältigung auf jene belastenden Situationen zu begrenzen ist, in denen keine Routinestrategien zur Anpassung zur Verfügung stehen (z.B. Braukmann & Filipp, 1984), oder dass Bewältigung auf den realitätsangemessenen Umgang mit Belastungen zu beschränken ist (z.B. Haan, 1977), haben sich nicht durchsetzen können. Erschwert wird die Präzisierung des Bewältigungsbegriffes dadurch, dass für die zu bewältigenden Situationen überzeugende Taxonomien fehlen und daher kein einheitlicher Gegenstandsbezug möglich ist. Angesichts der Aussichtslosigkeit des Unterfanges werden Versuche, Taxonomien zu entwerfen oder zumindest Listen mit einem Überblick über potentielle Ereignisse und Ereignisklassen aufzustellen, offenbar auch gar nicht übernommen. Wenn inhaltliche Ereignisklassen in der Literatur unterschieden werden, so geht die Unterscheidung kaum über die Trennung zwischen einschneidenden Lebensereignissen (life-events) und alltäglichen, chronischen oder akuten Widrigkeiten, Sorgen, Störungen und Unannehmlichkeiten (hassles) hinaus. Die Dimension, die dieser Differenzierung implizit oder unpräzisiert unterliegt, ist der unterstellte Schweregrad der Belastung, weshalb irgendwie zwischen schwerwiegenden und weniger schwerwiegenden Ereignissen unterschieden wird (vgl. hierzu auch Hobfoll, 1998).

Um allerdings *brauchbare Situationstaxonomien* zu entwerfen, ist es notwendig, Ereignisparameter, d.h. generalisierbare Merkmale für eine Belastung zu identifizieren – dem entscheidenden Moment der Bewältigung. Der ‚life-event‘-Ansatz (ausgehend von Holmes & Rahe, 1967) beispielsweise hat sich damit beholfen, das Ausmass an Wiederaanpassung infolge einer Veränderung als belastungskonstitutives Merkmal herauszugreifen und dieses Merkmal auf eine gemessen an den Möglichkeiten äusserst selektive und willkürlich ausgewählte Anzahl an Ereignissen zu beziehen, die generell als belastend definiert wurden. Die von dem ‚life-event‘-Ansatz beanspruchte Generalisierbarkeit wurde jedoch schon sehr bald aus theoretischen und empirischen Gründen in Frage gestellt (vgl. z.B. Vossell, 1987, oder Hobfoll, 1998). Für ähnliche Ereignismerkmale würde dies ähnlich aussehen.

Andere Probleme entstehen, wenn man mit Blick auf eine allgemeine Taxonomie belastender Situationen nicht von Ereignisparametern, sondern von Reaktionsparametern ausgeht (vgl. z.B. Janke & Wolffgramm, 1995). So lässt sich zwar eine Reihe von physiologischen, kognitiven, affektiven oder expressiven Reaktionen theoretisch begründet als Indikatoren für Belastung definieren. Solche Indikatoren erlauben jedoch nur in Bezug auf eine in der Vergangenheit oder aktuell erlebte Situation die Schlussfolgerung, dass es sich dabei für die Untersuchten um eine Belastung handelt. Der Vorschlag von Lazarus & Folkman (z.B. 1984), Belastung über die subjektive Einschätzung mangelhafter oder fehlender Handlungskompetenz zu definieren, ist angesichts der Schwierigkeiten nur konsequent, weil damit der Anspruch auf generalisierbare belastende Ereignisse aufgegeben wird. Aber auch in diesem Fall kann eine Belastung nur post facto bestimmt werden.

Für das Problem, Situationen als generell belastend zu definieren, damit die notwendige Basis für einen sozialen Austausch und für verallgemeinerbare Theoriebildung und Forschungsansätze geschaffen werden kann, hat die Invalidengesetzgebung eine Lösung gefunden. Bei unscharfen Begriffen wie ‚Belastung‘ oder ‚Bewältigung‘ werden im Alltag oder in der Wissenschaft *Prototypen* ausgewählt oder konstruiert, die die entscheidenden Aspekte eines Objektes oder einer Idee in besonders guter Weise repräsentieren (Rosch, 1975). Prototypen stellen die besten Beispiele für einen Begriff bzw. die Elemente einer Klasse dar, und da sie die wesentlichen Merkmale auf der Ebene mittlerer Abstraktion



abbilden, vermitteln sie eine präzise und zugleich konkrete Vorstellung von dem gemeinten Begriff. Der Prototyp des *Gesundheitsschadens*, der die *Teilnahme am Erwerbsleben* massgeblich einschränkt, ist geeignet, da hier wesentliche Merkmale der Bewältigung in besonders guter Weise repräsentiert sind. Die *Bewältigung dieser erwerblichen Einschränkung* geht von einem Ereignis aus, das nach allgemeinem Konsens belastend ist, einem Einschnitt in erwerbliche Routineabläufe, das eines besonderen Aufwandes bedarf, ferner eine Reihe von unterschiedlichen Möglichkeiten zur Wahl stehen, wie mit der Situation umgegangen werden kann, die interindividuell variierend genutzt werden. Damit wären folgende Merkmale benannt, die für das Konzept der Bewältigung entscheidend sind: Das Geschehen

- ist einem allgemeinen sozialen Konsens zufolge für versicherte Personen belastend oder fordernd;
- weicht von der unterstellten ‚Normalität‘ ab; erfordert psychischen und/oder physischen Aufwand;
- kann im Hinblick auf unterschiedliche Verhaltensoptionen interindividuell unterschiedlich angegangen werden.

#### **4.3. Wer definiert eine gelungene Bewältigung der durch eine Behinderung eingeschränkten Erwerbsfähigkeit?**

Die Annahme einer aktiven Individuum-Umwelt-Koordinierung impliziert, dass eine ‚gelungene‘ Bewältigung lediglich als Ergebnis der kommunikativen Auseinandersetzung zwischen den interessierenden Instanzen definiert werden kann. Mindestens vier unterscheidbare Perspektiven gilt es anzunehmen, wenn die Qualität der Bewältigung einer Behinderung bewertet werden soll, nämlich

- (a) diejenige der *behinderten Person* ;
- (b) diejenige des *Arztes* als Stellvertreter des gesamten medizinischen Systems;
- (c) die der beteiligten *sozialen Umwelt*;
- (d) die der beteiligten *institutionellen Umwelt*, im vorliegenden Fall der *Invalidenversicherung*.

Aus jeder der vier Perspektiven heraus sind Bewertungen nach gut oder schlecht, gelungen oder misslungen möglich. Allerdings ist bei den Zielkriterien selbst wiederum Vorsicht geboten, denn allzu leicht vermischen sich Ursache und Wirkung bei korrelativen Zusammenhängen zwischen Verarbeitung und dem entsprechenden Kriterium (Klauer & Filipp, 1996). Dieses und weitere Schwierigkeiten bei der Konzeptualisierung von Zielkriterien sollen im folgenden für jede der vier oben genannten Perspektiven diskutiert werden.

- (a) Aus der Sicht des *behinderten Menschen* wird es das Wichtigste sein, wie wohl er sich trotz der gesundheitlichen Schädigung fühlt. Subjektive Kriterien wie beispielsweise das Wohlbefinden (Diener, 1984; Abele & Becker, 1991; Staudinger, 2000), seelische Gesundheit (Becker, 1982), Lebensqualität (Buchborn, 1993) oder ähnlich positive, lang- oder kurzfristig andauernde Zustände sind also aus seiner Sicht bedeutsam. Im allgemeinen wird dementsprechend in der Bewältigungsforschung danach gesucht, ob sich Zusammenhänge zwischen bestimmten Formen der Bewältigung und dem selbstberichteten Wohlbefinden usw. auffinden lassen. Obwohl die Sichtweise der Betroffenen eine sehr hohe Augenscheinvalidität hat, da sie doch die Experten ihrer

eigenen Befindlichkeit sind, ist sie mit einigen Problemen behaftet. Es gibt medizinisch bedenkliche physiologische Zustände (beispielsweise bei Hypertonie und Diabetes), die für die Betroffenen nicht spürbar sind und daher keinen Einfluss auf das Wohlbefinden zu haben brauchen. Dann handelt es sich bei ‚Wohlbefinden‘, ‚seelischer Gesundheit‘ und ‚Lebensqualität‘ um schwierig zu konkretisierende und operationalisierende Konstrukte, die Aussagen über die subjektiv gelungene Anpassung der behinderten Person erlauben sollen. Andererseits tun Menschen – gerade im Bereich Gesundheit und Krankheit – häufig nicht das, was eigentlich das 'Vernünftigste' wäre (Schwarzer, 1996). Natürlich stellt sich damit einmal mehr das Problem der Perspektive und des Kriteriums, denn aus Sicht des Arztes lässt sich leicht feststellen, was ‚vernünftig‘ ist und woran man den Erfolg vernünftigen Verhaltens ablesen kann. Und schliesslich ist es ebenso gut zu konstruieren, dass Wohlbefinden, seelische Gesundheit oder Lebensqualität und nicht zuletzt die Kenntnis sinnvoller Möglichkeiten des Umganges mit den Folgen des Gesundheitsschadens überhaupt erst die Voraussetzungen für den Einsatz eines ‚guten‘ Verarbeitungshandelns sind (Edwards & Cooper, 1988).

- (b) Im *medizinischen Behandlungssetting* scheint die Kriterienfrage einfach lösbar zu sein: Erfolgreiche Krankheitsbewältigung liegt dann vor, wenn die Symptomatik so weit wie möglich reduziert worden ist und die im Rahmen der Erkrankung möglichen positiven physiologischen Werte gemessen werden. Erreicht wird dieses Ziel dadurch, dass die Patientin oder der Patient den Behandlungsvorschriften möglichst getreu folgt und so ihre/seine Compliance unter Beweis stellt (Mumford, 1985). Auch hierbei ist die Frage des Erfolges jedoch abhängig vom jeweiligen Standpunkt. Aus der Sicht des Rheumatologen, der Rückenbeschwerden mit einem hochdosierten Cortisonpräparat behandelt, ist die Schmerzreduktion seiner Patientin ein Zeichen der erfolgreichen Krankheitsverarbeitung. Aus der Sicht einer Fachkollegin kann das aber ganz anders eingeschätzt werden, und aus der Sicht der betroffenen Person, deren Wohlbefinden durch die Angst vor den Nebenwirkungen eingeschränkt ist, erst recht.
- (c) Eine Behinderung hat stets Auswirkungen auf die *soziale Umwelt der Betroffenen* (Radley, 1994; Borchert, 2000), und dementsprechend gibt es aus der Sicht der verschiedenen Parteien, die die soziale Umwelt der Person ausmachen (Arbeitgeber, Kollegen, Verwandte, Freunde), Merkmale dafür, wann ein behinderter Mensch gut mit seiner Erkrankung zurecht kommt. Leistungsfähigkeit, ein unkomplizierter Umgang, Ausgeglichenheit, kurz: eine möglichst geringe Störung des sozialen Systems können als Kennzeichen der guten Krankheitsverarbeitung gelten. Nun können in unterschiedlichen sozialen Subsystemen unterschiedliche Kriterien an die behinderte Person angelegt werden, aber vor allem stellt sich hier wieder die Frage, ob nicht erst ein gutes, d.h. unterstützendes soziales Umfeld eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit der Behinderung ermöglicht (Leppin & Schwarzer, 1996; Borchert, 2000).
- (d) Im Rahmen der *institutionellen Umwelt*, wofür hier die *schweizerische Invalidenversicherung* stellvertretend steht, wird einzig das *phänomenbezogene Kriterium des erzielbaren Erwerbseinkommens* bewertet. Art. 4 der Invalidengesetzgebung, welcher den Invaliditätsbegriff umschreibt, kann ohne Zweifel als Kernsatz der gesamten Invalidenversicherung betrachtet werden. Er wird deshalb im Wortlaut wiedergegeben:

„Als Invalidität im Sinne dieses Gesetzes gilt die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtliche bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit.“

Die institutionelle Umwelt trägt ein ökonomisches Argument vor, um eine Heuristik für angemessene Verarbeitungsformen aufzustellen. Auf der Grundlage dieser Betrachtungsweise wird kalkuliert, wie das Verhältnis der Kosten, Risiken und Gewinne für den Einsatz einer bestimmten Bewältigungsform in einer bestimmten erwerblichen Situation ist. Voraussetzung dieser Betrachtungsweise ist, dass Menschen nach Möglichkeit die optimale, d.h. sparsamste und effektivste Bewältigungsform wählen, um den jeweils gewünschten Effekt, letztlich die Wiedereingliederung in die Erwerbswelt, zu erreichen. ‚Bewältigung‘ wird demnach als Zielbegriff verwendet. Dies bedeutet weiterhin, dass ‚Bewältigung‘ nicht mehr im Sinne der Bewältigung einer Behinderung per se, sondern vielmehr als Bewältigung der *Auswirkung der körperlichen und/oder psychisch/geistigen Beeinträchtigung auf die Erwerbsfähigkeit* verwendet wird. ‚Bewältigung‘ in diesem ökonomischen Sinne wird damit in *funktionaler* und *finaler Hinsicht* beurteilt, je nachdem die Bilanz aus verringerten und den dafür in Kauf genommenen Schwierigkeiten ausfällt. Weshalb diese Bemerkung?

Arbeitsunfähigkeit ist nur in seltenen Fällen ausschliesslich gesundheitlich bedingt. Vielmehr spielen in der Regel mit dem Gesundheitszustand und dem körperlichen und psychischen Leistungsvermögen, somit der Arbeitsfähigkeit, eng verwobene Faktoren wie die Persönlichkeit, die Bildung, das Alter, die Sprachkenntnisse, die beruflichen Qualifikationen und Erfahrungen und nicht zuletzt das gesamte Lebensumfeld, so beispielsweise häusliche Verpflichtungen oder auch der eingeschränkte Arbeitsmarkt, eine erhebliche Rolle für eine erfolgreiche erwerbliche Qualifikation. Diesem Fragenkreis gilt die Rechtssprechung zu diesen *invaliditätsfremden Faktoren*: Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Motiven begründet keinen Rentenanspruch. So steht die Schweizerische Invalidenversicherung nicht dafür ein, wenn eine versicherte Person wegen aus den oben genannten Gründen keine entsprechende Stellung findet. Das gilt sinngemäss auch dann, wenn eine versicherte und wegen eines Gesundheitsschadens arbeitsunfähige Frau mit Familienpflichten nicht tatsächlich eingegliedert werden kann, da der Arbeitsmarkt in ihrer näheren Umgebung keine geeignete Teilzeitstelle anbietet.

In diesem Sinne definiert die Schweizerische Invalidenversicherung eine *erfolgreiche Bewältigung* als *Identifikation der Zumutbarkeit weiterer Erwerbstätigkeit einerseits in formaler, andererseits in inhaltlicher Sicht*. Formal wird das Kriterium der ‚Zumutbarkeit‘ üblicherweise medizinisch-theoretisch festgelegt, inhaltlich durch die Zustimmung einer medizinischen Fachperson zur Zumutbarkeit der Ausübung einer konkret existierenden – wenn auch bereits durch eine andere Person besetzten – Erwerbsmöglichkeit. Fakt bleibt, dass die versicherte Person nicht mehr ‚invalid‘ im Sinne des Sozialversicherungsrechts ist, sondern nun als ‚arbeitslos‘ gilt und deshalb ihren Leistungsanspruch bei der Arbeitslosenversicherung geltend machen kann. Es stellt sich in diesem Zusammenhang wiederum die Frage, inwiefern eine versicherte Person selber diese neuartige Erwerbssituation als ‚bewältigt‘ betrachtet. Generell ist zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit als Erfolgsmass der Rehabilitation einschränkend anzumerken, dass sie zwar eine notwendige, aber – angesichts der derzeitigen Arbeitsmarktlage – keine hinreichende Bedingung für die tatsächliche erwerbliche Reintegration der zu rehabilitierenden Personen ist.

Diese Problematik betrifft insbesondere eine Frage, die seit der ersten Weltwirtschaftskrise Gegenstand intensiver Forschungsbemühungen ist und trotzdem weder empirisch noch konzeptionell ausreichend geklärt ist: Ob sich nämlich Persönlichkeitsmerkmale Erwerbsloser von denjenigen Persönlichkeitsmerkmalen Erwerbstätiger unterscheiden. Diese Frage, ob, in welchem Ausmass, in welcher Weise und mit welcher Symptomatik Erwerbslosigkeit das psychosoziale Wohlbefinden und die psychische Gesundheit direkt oder mittelbar betroffener erwerbsfähiger Personen beeinflusst, ist – zumal sich die Befunde aus anderen Ländern nicht

einfach auf die Schweiz übertragen lassen – nach wie vor umstritten (z.B. Land & Viefhues, 1984; Häfner, 1990; Catalano, 1991, 1992; Kurella, 1992; Elkeles & Seifert, 1993; Siegrist, 1996; Goldney, 1996; Kieselbach, 1998;). Unter den vermuteten Auswirkungen auf die psychische Verfassung nimmt seit der Weltwirtschaftskrise in den 30er Jahren die Feststellung, dass Erwerbslosigkeit eine Gefahr für die psychische Gesundheit darstelle und Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl untergrabe, eine herausragende Stellung ein (vgl. schon das Sammelreferat von Eisenberg & Lazarsfeld, 1938). Die Durchsicht vorliegender empirischer Studien hinterlässt allerdings einen eher verwirrenden Eindruck, weshalb die Befundlage in Anlehnung an Fryer (1988, S. 214) als „puzzeling inconsistent“ bezeichnet werden kann. So ist schon angesichts diskussionswürdiger empirischer Studienanlagen zur Klärung der Frage dieses Zusammenhanges Skepsis gegenüber einer allzu apodiktischen Verneinung eines Zusammenhanges zwischen Selbstkonzept und Erwerbsstatus angezeigt. Aus inhaltlicher Sicht weckt dazu die in der Literatur verbreitete Meinung Versicherung, dass depressive Symptome zu den regelmässig festgestellten, fast unvermeidbaren Begleiterscheinungen unfreiwilliger Erwerbslosigkeit gehören (z.B. Mohr & Frese, 1981; Frese & Mohr, 1987; Fryer, 1988; Catalano, 1991; Vinokur, Price & Caplan, 1996; Mohr, 1997). Nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen zählen der „Verlust des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls“ bekanntlich zu den klassischen Symptomen selbst einer leichten depressiven Episode (z.B. Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 1994, S. 105) und ein positives Selbstwertgefühl zu den Kernkomponenten psychischer Gesundheit (z.B. Herkner, 1991).

In der revidierten Fassung der Theorie der gelernten Hilflosigkeit (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Seligman, 1995) wird eine Tendenz zur Selbstabwertung für den Fall postuliert, dass Individuen sich als ohnmächtig erleben und die Gründe für die Unkontrollierbarkeit von Ereignissen in eigenen Fähigkeits- und Fertigungsdefiziten suchen. Mohr & Frese (1981, García Rodriguez (1997) und Pelzmann (1987) fassen unfreiwillige Erwerbslosigkeit von Erwachsenen daher paradigmatisch als Hilflosigkeitssituation auf und beschreiben das Phänomen der reaktiven Depressivität unabhängig vom Geschlecht als typische Folge von Erwerbslosigkeit (Goldsmith, Veum & Darity, 1996, S. 213). Ebenso ergab sich als Ergebnis einer neueren Studie von Wacker & Kolobkova (2000) zu diesem Themenkreis eine signifikante Unterscheidung im Ausmass des Selbstkonzeptes zwischen Erwerbslosen und Erwerbstätigen. Zwischen der Dauer der Erwerbslosigkeit und dem Niveau des Selbstkonzeptes zeigte sich ebenso ein signifikanter Zusammenhang in erwarteter Richtung. Zwischen den Geschlechtern konnte in dieser Studie kein Unterschied festgestellt werden.

#### ***4.4. Die bundesdeutsche und die schweizerische Konzeption der erwerblichen Rehabilitation erwerbsunfähiger Frauen – ein länderübergreifender Vergleich***

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft im allgemeinen und am Arbeitsleben im besonderen bilden eine komplexe Aufgabe, die in der Regel besondere medizinische, schulische, berufliche und soziale Massnahmen und Hilfen erfordert. Als Vergleichsmöglichkeit zur Schweizerischen Invalidengesetzgebung wird im folgenden auf das deutsche System der sozialen Sicherung erwerbsunfähiger Frauen eingegangen. Das deutsche System der sozialen Sicherung wurde deshalb ausgewählt, weil das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB XI) im Gegensatz zum Schweizerischen Invalidenrecht (IVG) auch besonders auf die Problematik der Frauen aufmerksam macht, die durch einen Gesundheitsschaden in ihrer Teilhabe am Erwerbsleben eingeschränkt werden.



Die Aufgabe der erwerblichen Rehabilitation ist im deutschen System der sozialen Sicherung anders als im schweizerischen Sozialversicherungsrecht nicht einem eigenständigen Zweig zugeordnet. Vielmehr sind das System und das Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in Deutschland als Bestandteil des sich entwickelnden Sozialrechts organisch, d.h. innerhalb der einzelnen Sozialleistungsbereiche, entstanden. Die zur Rehabilitation erforderlichen, sozialrechtlich definierten Leistungen werden in Deutschland von unterschiedlichen Leistungsträgern wahrgenommen, die jeweils spezifische Risiken oder Problemlagen in den Mittelpunkt ihrer Aufgabenstellung stellen. Die Zuordnung der Personen zu diesen Institutionen mit ihren jeweils eigenen organisatorischen und finanziellen Zuständigkeiten orientiert sich an der Ursache der rehabilitationsbedürftigen Gesundheitsschadens, dem Versichertenstatus und der Zielsetzung der rehabilitativen Leistung.

Mit dem am 1. Juli 2001 in Kraft getretenen Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) wurde das bisher zersplitterte Recht zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen sowie das Schwerbehindertenrecht in einem Buch des Sozialgesetzbuches zusammengefasst und weiterentwickelt. Ziel des Gesetzes ist es, durch besondere Sozialleistungen (Leistungen zur Teilhabe) die Selbstbestimmung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen und ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegen zu wirken. Das SGB IX definiert in Art. 2 Abs. 1 den Begriff der *Behinderung* in Anlehnung an das ICF (2001): Im Vordergrund stehen nicht mehr wie in der Schweizerischen Invalidengesetzgebung IVG tatsächliche oder vermeintliche Defizite (der ‚Gesundheitsschaden‘ an und für sich), sondern das Ziel der Teilhabe (Partizipation) an den verschiedenen Lebensbereichen, wie es in Art. 1 SGB IX zum Ausdruck kommt. Diese veränderte Sichtweise hat das vormals vorwiegend defizitorientierte Verständnis der Belange behinderter Menschen abgelöst. Bewusst wird nun nicht mehr lediglich von der ‚beruflichen Rehabilitation‘, sondern von der ‚Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben‘ gesprochen. Diese mit dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch erstmals eingeführte neue Begrifflichkeit ist Ausdruck des Paradigmenwechsels in der Politik für behinderte Menschen in Deutschland.

Von Behinderung wird gemäss Drittem Sozialgesetzbuch SGB III, Art. 19 Abs. 1, nun dann gesprochen, wenn körperliche Funktionen, geistige Fähigkeiten oder die seelische Gesundheit eingeschränkt sind und diese Einschränkungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht nur vorübergehend beeinträchtigen. Von einer drohenden Behinderung spricht man, wenn eine derartige Beeinträchtigung noch nicht vorliegt, sie aber zu erwarten ist. Wer also körperlich, geistig oder psychisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat ein Recht auf Leistungen zur Teilhabe. Er erhält von dem jeweils für ihn zuständigen Rehabilitationsträger die Leistungen, die notwendig sind, um die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Dazu gehören auch Hilfen, die behinderten Menschen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gesellschaft, insbesondere am Arbeitsleben sichern.

Für nicht weniger als *sieben grundverschiedene Sozialleistungsbereiche*, die jeweils neben ihren sonstigen Aufgaben einen besonderen Bereich der Rehabilitation und Teilhabe betreuen, sind mit dem SGB IX einheitliche Regelungen geschaffen worden: Bei der *Gesetzlichen Rentenversicherung* (GRV) steht vor allem die Vermeidung von Frühberentungen wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit im Vordergrund, die *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV) zielt auf Krankenbehandlung und Eingliederung Behinderter in das tägliche Leben sowie auf die Minderung von Pflegebedürftigkeit ab, die *Bundesanstalt für Arbeit* mit ihren *Arbeitsämtern* übernimmt ebenfalls Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Rehabilitationsleistungen werden darüber hinaus von der *Unfallversicherung* nach Arbeitsunfällen erbracht, um Verletzungsfolgen und Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu mindern bzw. eine möglichst dauerhafte berufliche Wiedereingliederung zu erreichen. Ebenfalls auf die Minderung der Folgen von Gesundheitsstörungen und eine dauerhafte berufliche und soziale Eingliederung sind Leistungen der *Kriegsopferfürsorge* bzw. der *Kriegsopferversorgung* ausgerichtet. Sie betreffen vor allem Gesundheitsschäden, die durch Kriegseinwirkung, Wehr- und Ersatzdienst, politische Verfolgung, Impfung und Verbrechen verursacht werden. Leistungen, die Behinderten eine Teilnahme am Leben der Gemeinschaft erleichtern und die Ausübung einer angemessenen Tätigkeit ermöglichen, werden von der *Sozialhilfe* erbracht. Allerdings ist die Sozialhilfe subsidiär nur dann zuständig, wenn die Zuständigkeit anderer Träger nicht gegeben ist und sofern die einkommens- und vermögensmässigen Voraussetzungen des Bundessozialhilfegesetzes erfüllt sind. Die *Jugendhilfe* mit ihren örtlichen *Jugendämtern* erbringt Leistungen zur Teilhabe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, soweit kein anderer Träger zuständig ist.

Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen (Art. 7 Abs. 2 SGB IX). Es würde allerdings angesichts der in diesem Rahmen lediglich angedeuteten Komplexität nicht erstaunen, führte die erforderliche Koordination sämtlicher Massnahmen nicht häufig zu sehr langen Wartezeiten bis zur Durchführung einer konkreten Massnahme – was der Erfahrung des Autors mit der Schweizerischen Sozialversicherung nach eine demotivierende Wirkung für die versicherten Personen haben mag (vgl. hierzu das dritte Kapitel). Die genannten Leistungsträger unterhalten ein Versorgungssystem, das auf den ersten Blick ein umfangreiches Angebot rehabilitativer Leistungen sicherstellt. Diesem ‚verwaltungstechnischen Missstand‘ wurde jedoch durch gesetzliche Regelungen, die mit dem SGB IX in Kraft getreten sind, beseitigt. Kurze Bearbeitungs- und Entscheidungsfristen, die für alle Rehabilitationsträger verbindlich sind, zwingen zu einem schnellen und effizienten Verwaltungshandeln auch in Bezug beispielsweise medizinischer Gutachten, so weit diese für die Entscheidungsfindung für erwerbliche Teilhabeleistungen notwendig sind. Bei Verstössen gegen diese gesetzlichen Vorgaben haben die behinderten Menschen anders als in der Schweiz das Recht, sich die zur ihrer Teilhabe am Erwerbsleben erforderlichen Leistungen zu Lasten des zuständigen Rehabilitationsträgers selbst zu beschaffen (Art. 11 SGB IX).

Zu hinterfragen ist weiterhin, inwieweit die Versorgung und der Zugang auch unter geschlechtsspezifischer Betrachtung ausreichend ist und Benachteiligungen ausschliesst. Nach Art. 10 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch hat jeder Person, die körperlich, geistig oder seelisch behindert ist, oder dem eine solche Behinderung droht, unabhängig von der Ursache ihrer Behinderung ein „*soziales Recht*“ auf die Hilfe, die notwendig ist, um

- (a) die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern und um
- (b) ihr einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere *im Arbeitsleben*, zu sichern.

Dieses „soziale Recht“ ist nicht nur als Rechtsgrundsatz zur Auslegung und Anwendung des Sozialrechts, sondern darüber hinaus als Leitlinie der Rehabilitations- und Behindertenpolitik in Deutschland allgemein anerkannt. Unter den Grundsätzen, die aus ihm anzuleiten sind, können hervorgehoben werden (Art. 1 des ‚Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation‘; Rehabilitations-Angleichungsgesetz):

- (a) das Ziel der *Integration* der behinderten Menschen in die Gesellschaft;



- (b) der Grundsatz der *Finalität*, nach dem die notwendigen Hilfen jedem behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen unabhängig von der Ursache der Behinderung geleistet werden müssen, auch wenn für diese Hilfen unterschiedliche Träger und Institutionen mit unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen zuständig sind.

Die Frage, welche Gesundheitsziele die gesetzlichen Rehabilitationsträger verfolgen und welche Personengruppen von ihnen abgesichert werden, wird letztlich von der Politik beantwortet. Nach wie vor müssen vor allem für Personen ohne ausreichende Erwerbsbiografie Versorgungslücken festgestellt werden, da die Sozialleistungsträger auf Grund ihrer speziellen Zielsetzung nicht alle Rehabilitationsleistungen im gleichen Umfang erbringen. Dazu einige Beispiele: Es gibt nicht wie beim schweizerischen Pendent einen originär zuständigen Träger für Leistungen zur sozialen Wiedereingliederung (die betrifft insbesondere chronisch Erkrankte mit psychiatrischen Indikationen oder Mehrfachschädigungen auf Grund von Abhängigkeitserkrankungen) mit der Konsequenz, dass das Versorgungsangebot für diese Rehabilitationsleistungen nicht systematisch entwickelt wird und Leistungen im Einzelfall wegen fehlender Zuständigkeit (die Sozialhilfeträger sind nur subsidiär im Falle fehlenden Einkommens oder Vermögens zuständig) nicht erbracht werden.

Im Rahmen der Kodifizierung des Sozialgesetzbuches SGB IX wird diese Lücke möglicherweise geschlossen. Als zweites Beispiel sei die Gruppe der älteren Arbeitslosen genannt, die vor Erreichen des Rentenalters voraussichtlich keine Erwerbstätigkeit mehr aufnehmen werden und zugleich Sozialleistungen (z.B. Arbeitslosengeld) beziehen. Sie sind seit Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) 1997 von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung ausgeschlossen. Es bedarf sicher einer genauen Überprüfung, inwieweit die vorhandenen Versorgungslücken insbesondere Frauen betreffen, wie dies für die Rehabilitation von Pflegebedürftigen vermutet werden kann. Die Beispiele weisen jedoch darauf hin, dass Lücken in der rehabilitativen Versorgung bestehen.

Das Sozialgesetzbuch XI enthält – neben der generellen sprachlichen Gleichstellung von Männern und Frauen – eine Fülle besonderer Regelungen für *behinderte Frauen* oder mit Auswirkungen vor allem für behinderte Frauen (Ullrich, 2001). So insbesondere sei Art. 33 Abs. 2 des SGB IX erwähnt, womit hinsichtlich der Teilhabe am Erwerbsleben die Vorgabe in Art. 1 Abs. 2 zur Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen die Vorgabe aufgenommen wird, ihnen gleiche Chancen im Erwerbsleben zu sichern. Der Bezugspunkt für diese Chancengleichheit besteht sowohl im Vergleich zu nichtbehinderten Frauen als auch im Vergleich zu behinderten und von Behinderung bedrohten Männern. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen spezifische Ansätze den besonderen typischen Problemsituationen von Frauen Rechnung tragen, wie sie sich insbesondere aus der Wahrnehmung von Familienaufgaben und – oft damit zusammenhängend – einer unterbrochenen Erwerbsbiografie ergeben.

Diese allgemeine und grundsätzliche Zielsetzung gilt für die Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen für den gesamten Bereich des Erwerbslebens, also auch über allgemeine und besondere Sozialleistungen hinaus. Allerdings bedarf es hierzu – und hier wird die Problematik akut – einer entsprechenden gesellschaftlichen Akzeptanz sowie der Bereitschaft insbesondere auch der Arbeitgeber, ihre eigenen Beiträge und Rollen entsprechend dieser Zielsetzung auszurichten, beispielsweise bei der Gestaltung der individuellen Arbeitszeit und der Vorhaltung oder Zulassung von Einrichtungen und Organisationsformen der Kinderbetreuung. Die grundsätzliche Zielsetzung des Absatzes 2

muss ihren Ausdruck auch in der Gestaltung der Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben finden, denn nur dann, wenn Frauen gleichwertig Zugang zu diesen erwerblichen Rehabilitationsleistungen finden, können ihnen auch die mit diesen Leistungen bezweckten und bewirkten Ergebnisse im Erwerbsleben selbst zugute kommen. Eine ähnliche Regelung existiert in der schweizerischen Invalidengesetzgebung nicht. Im Rahmen von Art. 33 Abs. 2 SGB IX werden als Kriterien von Rehabilitationsangeboten

- die Eignung hinsichtlich der erwerblichen Zielsetzung,
- die Wohnortsnähe und
- auch die teilzeitliche Nutzbarkeit

genannt. Die erste dieser Anforderungen bezieht sich auf alle Leistungsangebote; grundsätzlich sollten alle Angebote geeignet sei, auch von behinderten und von Behinderung bedrohten Frauen genutzt zu werden und von ihrer Zielsetzung her zu deren Teilhabe am Erwerbsleben mit gleichen Chancen beizutragen. Ausserdem müssen behinderten Frauen genügend Angebote zur Erschliessung frauentypischer Erwerbstätigkeiten zugänglich sein, da in diesen oft leichter geeignete Arbeitsplätze gefunden werden können. Die zweite und dritte dieser Anforderungen soll insbesondere dazu beitragen, behinderten und von Behinderung bedrohten Frauen (und Männern) mit betreuungsbedürftigen Kindern Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben zu ermöglichen; dazu müssen die Angebote so gestaltet werden, dass sie deren zeitliche Disposition und eingeschränkte zeitliche Verfügbarkeit berücksichtigen.

Die *rehabilitativen Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben* umfassen gemäss Art. 33 Abs. 6 SGB IX neben eigentlichen Neuausbildungen und Praktika ebenso medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Art. 33 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele zur möglichst dauerhaften Sicherung der Teilhabe am Erwerbsleben zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Wie in Art. 26 Abs. 3 SGB IX werden als die wichtigsten Beispiele der psychosozialen Leistungen ausdrücklich angesprochen:

- Hilfen zur Unterstützung der Bewältigung der Folgen der Behinderung;
- Aktivierung von Selbsthilfepotentialen;
- Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen;
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten; und gleichzeitig
- Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen

Für die praktische Arbeit der Abklärung erwerblicher Teilnahmemöglichkeiten behinderter Frauen kann dieses umfangreiche Massnahmenrepertoire durchaus nützlich sein, der Problematik dieser Personengruppe zumindest hinsichtlich der Durchführung von Ausbildungen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit entgegenzutreten. (Erstaunlicherweise sieht das Sozialgesetzbuch IX dieselbe Dienstleistung für männliche Versicherte nicht ausdrücklich vor, schliesst sie allerdings auch nicht explizit aus.)

Allerdings bleibt auch in diesem Fall wie beim schweizerischen Pendant die Frage nach der tatsächlichen Reintegration vormals erwerbsunfähiger und nun ‚erwerblich rehabilitierter‘ Frauen ungelöst, da auch innerhalb der deutschen Sozialgesetzgebung keine Gewähr dafür gegeben wird, dass nach einer erfolgreich absolvierten Neuausbildung eine Arbeitsstelle

angeboten werden kann, und dies trotz Massnahmen der Bundesanstalt für Arbeit (Art. 104 Abs. 3 SBG IX) zum Abbau von Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen, „insbesondere schwerbehinderter Frauen“ – und auch in diesem Fall bleiben ‚erfolgreich erwerblich rehabilitierte‘ Frauen arbeitslos.

## 5. Zur Erfassung der differentiellen Persönlichkeitsprofile - theoretischer Hintergrund und empirisches Instrumentarium

### 5.1. Das Projekt „Auseinandersetzung mit Belastungen“

Eine Auseinandersetzung mit Belastungen kann in unterschiedlichem Ausmasse gelingen oder misslingen. Im günstigen Falle ergibt eine zügige Analyse des potentiellen Schadens und der eigenen Kräfte ein klares Bild der Bedrohung. Die dabei entstehenden Emotionen können so weit unter Kontrolle gebracht werden, dass die Person in der Lage ist, konkrete Schritte zu planen und auszuführen, um die möglichen negativen Konsequenzen zu eliminieren oder doch zumindest zu verringern. Besteht dennoch eine bleibende Schädigung wie beispielsweise eine funktionell-körperliche Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, so kann sich die Person nach einer Phase der Trauer von den nicht mehr erreichbaren Anreizen lösen (vgl. hierzu Klinger, 1987, und seine Ausführungen zum 'Zielbindungs-Zielablösungs-Zyklus', nämlich Anstrengungserhöhung, Aggression, Trauer/Depression und Erholung; eingehender in Brandstätter, 2003) und ihre Ziele und Ansprüche der neuen Situation anpassen. Damit ist erneut ein befriedigendes Leben möglich.

Es gibt viele Möglichkeiten für einen weniger glücklichen Verlauf der Konfrontation mit einer Belastung. Die Person kann sich z.B. auf eine endlose gedankliche Beschäftigung mit dem drohenden Verlust einlassen, ohne durch eine *Fazit-Tendenz* (Heckhausen & Gollwitzer, 1987) zu einer, wenn auch vorläufigen, bilanzierenden Bewertung gedrängt zu werden. Sie kann die dabei entstehenden Emotionen nicht in ausreichendem Masse kontrollieren und wählt Bewältigungsformen, z.B. Negierung oder Flucht, die nur kurzfristig Erleichterung verschaffen, ohne die Bedrohung selbst zu verringern. Es kommt zu kontraproduktiven, impulsiven Handlungen. Schritte, um die aversive Situation in den Griff zu bekommen, werden zwar geplant, ihre Realisierung scheitert jedoch vielfach, z.B. durch ‚Vergessen‘ oder dadurch, dass es die Person zum kritischen Zeitpunkt einfach nicht schafft, die notwendigen Handlungen zu initiieren oder gegen konkurrierende Handlungstendenzen durchzuhalten. Verlusterfahrungen werden nicht überwunden, sondern führen zu einer fortdauernden grübelnden Beschäftigung mit den nicht mehr verfügbaren Möglichkeiten. Eine depressive Verstimmung entsteht und blockiert „eigene Ressourcen bzw. Hilfsmittel und Fähigkeiten“ (Buchwald, 2002), die für eine effiziente Bewältigung des Alltags erforderlich wären (Hobfoll, 1998).

Diese Überlegungen zeigen, dass die Auseinandersetzung mit Lebensereignissen, die sich störend auf die alltägliche Normalität auswirken, auf mehreren Ebenen parallel und/oder sequenziell möglich ist. In der derzeitigen Forschung werden deshalb auch unterschiedliche Gesichtspunkte der Bewältigung diskutiert (z.B. Hobfoll, 1998). Die wohl breiteste Akzeptanz in der psychologischen Bewältigungsforschung zur Beantwortung dieser Fragen besitzt heute das transaktionale Stressmodell von Lazarus (für einen Überblick zu Stresstheorien vgl. Laux, 1983). Es soll im folgenden ausführlich diskutiert werden.

#### 5.1.1. Das transaktionale Stressmodell

In einer Serie von richtungsweisenden Studien untersuchte die Arbeitsgruppe um Lazarus (z.B. Lazarus & Alfert, 1964; Speisman, Lazarus, Mordkoff & Davidson, 1964; zusammenfassend Lazarus, 1966) den Einfluss von situativen und dispositionellen

Bewältigungsvariablen auf subjektive und physiologische Belastungsreaktionen beim Betrachten bedrohungsbezogener Filme (für eine kritische Würdigung dieser Studien vgl. Laux, 1983; Steptoe & Vögele, 1991). Bedeutsam für die vorliegende Studie ist insbesondere der Aspekt, ob ein bestimmter Stimulus, der wiederum abhängig ist von der subjektiven Bewertung, für ein Individuum ein bedrohliches Ereignis darstellt oder nicht.

*Kernpunkt* des transaktionalen Stressmodells (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Lazarus, 1988) ist die Annahme, dass die Person nicht passiv irgend welchen Belastungen ausgesetzt ist, sondern dass *zwischen der Person und der Umwelt eine prozesshafte, dynamische und wechselseitige Beziehung besteht*. Stress tritt dann auf, wenn die Person Aspekte der Umwelt wahrnimmt, die ihre subjektiven und / oder objektiven Fähigkeiten und Möglichkeiten – Hobfoll (1998) spricht hierbei von ‚Ressourcen‘ – in hohem Masse beanspruchen oder überfordern und die ihr Wohlfühl dadurch bedrohen können. Die Theorie benennt zwei Prozesse als zentrale Mediatoren: Kognitive Bewertungen und Bewältigung (Coping). Sie bestimmen die unmittelbaren und längerfristigen Ergebnisse der stressbezogenen Person-Umwelt-Interaktion.

*Kognitive Bewertungen* sind Beurteilungsprozesse, durch die eine Person feststellt, ob eine bestimmte Umweltgegebenheit relevant für ihr Wohlergehen ist und in welcher Weise. Es werden primäre und sekundäre kognitive Bewertungen postuliert. Bei den primären Bewertungen überprüft die Person, ob sie in einer gegebenen Situation etwas gewinnen oder verlieren kann. Ist z.B. das Ergebnis relevant für den Selbstwert? Oder besteht die Möglichkeit einer körperlichen Schädigung? In diese primären Bewertungen gehen persönliche Ziele, Motivationen, Selbstkonzepte etc. ein und helfen das Ausmass der Bedrohung zu definieren. Die *sekundären Bewertungen* beinhalten Überlegungen der Person, wie sie der Bedrohung begegnen bzw. die negativen Folgen möglichst gering halten kann. Sie schätzt dazu die Auswirkungen verschiedener Bewältigungsstrategien ein, wie z.B. eine Veränderung der Situation, vermehrte Suche nach Information oder die Vermeidung impulsiven Handelns.

Zur *Bewältigung* (Coping) gehören alle kognitiven oder verhaltensmässigen Versuche der Person, die belastenden Anforderungen, die sich aus ihrer Auseinandersetzung mit den bedrohlichen Aspekten der Umwelt ergeben haben, in den Griff zu bekommen. Dies kann eine *problemzentrierte Bewältigung* sein mit dem Ziel, die Situation des drohenden Ressourcenverlustes entsprechend zu verändern, z.B. durch eine aggressive Konfrontation mit einem bedrohlichen Gegner, wie ihn die Fachperson der IV-Berufs- und Laufbahnberatung sein kann, oder eine sorgfältige Planung von Handlungsschritten, z.B. bei der Vorbereitung auf eine wichtige Unterredung mit einer Fachperson der IV-Berufs- und Laufbahnberatung. Die Bewältigung kann aber auch *emotionsorientiert* sein, wenn die Person die Affekte, die sich aus den Bewertungsprozessen ergeben haben, erst einmal kontrollieren will (Nitsch, 1981; Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Lazarus, 1988). Häufig handelt es sich dabei um verhaltensbeeinträchtigende Emotionen wie Angst, Zorn oder Hilflosigkeit, die unter eine bestimmte Schwelle gebracht werden müssen, damit die Person eine effiziente problemzentrierte Bewältigung betreiben kann. Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis und Gruen (1986) nennen als Mechanismen für emotionszentrierte Bewältigung: Distanzierung, Selbstkontrolle, Suche nach sozialer Unterstützung, Akzeptanz von Verantwortung, Flucht, Vermeidung und positive Neubewertung. In der Regel dürften in Belastungssituationen sowohl problem- als auch emotionszentrierte Formen der Bewältigung auftreten.



Die verschiedenartigen Bewältigungsverläufe bewirken Veränderungen. Das problemzentrierte Coping greift in das Person-Umwelt-Verhältnis ein, z.B. dadurch, dass bestimmte Bedrohungen unter Benutzung geeigneter Ressourcen eliminiert oder verringert werden oder dass die Person ihre bedrohten Ressourcen besser abschätzen kann (Hobfoll, 1998). Die emotionszentrierten Bewältigungen verändern die Bedeutung bestimmter Sachverhalte und bewirken eine Verschiebung der Aufmerksamkeit. Als Ergebnis beider Bewältigungsformen kommt die Person zu einer *Neubewertung* der Belastungssituation, die dann auch wieder mit bestimmten Emotionen verbunden ist. Die Bewältigungsverläufe sind so Mediatoren der Qualität und der Intensität von Emotionen, die mit der erneuten Einschätzung des Verhältnisses von Bedrohung und eigenen Kräften auftreten (Folkman & Lazarus, 1988). Die transaktionale Konzeption der Auseinandersetzung der Person mit Verlusten, Bedrohungen und Herausforderungen in Bezug auf objektive und / oder subjektiven Ressourcen impliziert, dass dieses Wechselspiel von Bewältigungsversuchen und Neubewertungen sich so lange fortsetzt, bis entweder die Bedrohung eliminiert, das Ziel erreicht oder die Person sich von nicht erreichbaren Zielen innerlich abgelöst hat.

In der Konzeption des transaktionalen Stressmodells von Lazarus & Folkman (1984) sind die verschiedenen Formen der Bewertung und der Bewältigung *Prozesse*, die fortlaufend Änderungen in der Person-Umwelt-Auseinandersetzung bewirken. Der angemessene Forschungsansatz ist daher die *Verlaufsanalyse*, bei der die Veränderungen der Einschätzungen und der Emotionen als Folge der spezifischen, aktuellen Bewältigungsversuche zu unterschiedlichen Messzeitpunkten erhoben werden (z.B. Folkman & Lazarus, 1988).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde versucht, neben einer Verlaufsanalyse der Bewältigung des Belastungspaares ‚körperlich-funktionelle Einschränkung‘ und ‚Erwerbslosigkeit‘ gleichzeitig *relativ stabile Persönlichkeitsvariablen* zu berücksichtigen. Wie lässt sich eine derartige Integration von relativ stabilen Persönlichkeitsmerkmalen bzw. Persönlichkeitsdispositionen in ein solches Modell rechtfertigen?

Das erste Argument ist, dass Bewertungen und Bewältigungsversuche nicht unabhängig von relativ stabilen Verhaltensdispositionen sind. Bereits Lazarus & Folkman (1984) haben bei der Analyse von Bewertungsverläufen auf die Bedeutung motivationaler und kognitiver Persönlichkeitsmerkmale hingewiesen: So bestimmen Werte und Zielbindungen (*commitments*) der Person, welche Lebensbereiche (= Ressourcen) für sie wichtig und welche Ergebnisse für sie bedrohlich sind. Für eine versicherte, in Teilzeit erwerbstätige Frau, die neben ihrem Gelderwerb gleichzeitig einen kinderreichen Haushalt zu versorgen hat, gleichzeitig in einem Seitental des Kantons Graubünden lebt, und durch einen Gesundheitsschaden arbeitsunfähig geworden ist, ist eine erfolgreiche erwerbliche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben in der Nähe ihres Wohnortes wichtiger und ein Misserfolg dieses Vorhabens bedrohlicher als für eine unverheiratete versicherte Frau ohne familiäre Pflichten, der es möglich ist, an einer Umschulung in eine andere Erwerbsmöglichkeit an einem anderen Ort in der Schweiz in vollem Umfang teilzunehmen. Selbstkonzepte, die die eigene Tüchtigkeit betreffen – die Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977; 1992) –, sowie Vorstellungen über persönliche Kontrolle und über die Beschaffenheit der Welt gehen naturgemäss in Überlegungen ein, mit welcher Aussicht auf Erfolg ein bestimmtes Problem, z.B. die Stellensuche nach erfolgreich absolvierter Umschulung, gelöst werden kann.

Was die Möglichkeit angeht, spezifische Bewältigungen in konkreten Situationen durch relativ stabile Bewältigungsstile vorherzusagen, sind Lazarus und Folkman (1984, S. 128)

wesentlich zurückhaltender. Sie schliessen zwar die Nützlichkeit eines solchen Zuganges nicht völlig aus, verweisen jedoch auf Beispiele, bei denen gemessener Bewältigungsstil (z.B. Repression-Sensitization) und aktuell erfasste Bewältigung nicht übereinstimmen. Sie sprechen sich daher für eine verlaufsorientierte Erfassung von Bewältigungsversuchen aus.

Diese Sichtweise scheint jedoch nicht schlüssig. Es dürfte keinen Menschen geben, der nur positive Erfahrungen macht. Die Auseinandersetzung mit Bedrohungen, Verlusten und kritischen Herausforderungen ist vielmehr ein zentrales Wesenselement unseres Daseins und beschäftigt uns in jeder Lebensphase in erheblichem Ausmass. Es wäre nun erstaunlich, wenn Personen in jeder neuen Belastungssituation spezifische Bewältigungsstrategien anwenden würden. Plausibler ist, dass Strategien, die sich bei einer Person mehrfach bewährt haben, von ihr bevorzugt angewandt werden, auch dann, wenn sie in anderen Situationen nicht unbedingt adaptiv sind. Bestimmte Belastungen, z.B. in der Schule, im Beruf, in der Interaktion mit dem Lebenspartner oder in Gesundheitsfragen treten so häufig und in so ähnlicher Form auf, dass man zumindest bereichsspezifische Präferenzen für bestimmte Bewältigungsformen erwarten kann.

Ein zweites Argument betrifft die Analyseebene. Es macht einen Unterschied, ob man voraussagen will, wie eine Person mit einer ganz konkreten Belastungssituation umgeht, z.B. ein Patient mit der Angst vor seiner ersten Operation, oder ob man erklären will, weshalb eine Krankenschwester mit ihren zahlreichen beruflichen Belastungen leichter fertig wird als ihre Kollegin. Hier wird nicht nach dem Ergebnis der Auseinandersetzung mit einer isolierten Bedrohung gefragt, sondern danach, wie erfolgreich, d.h. mit welchen Ressourcen die Person eine Vielzahl verschiedenartiger Belastungssituationen bewältigt. Wenn man hier überhaupt Voraussagen machen will, *muss* man die Existenz von relativ stabilen und generalisierten Präferenzen *im Sinne von differentiellen Persönlichkeitsprofilen* für bestimmte Formen der Bewältigung annehmen. Findet man empirisch konsistente Zusammenhänge zwischen den identifizierten Persönlichkeitsprofilen und dem Grad der globalen Bewältigung, so spricht dies umgekehrt für das Bestehen der Präferenzen solcher differentieller Profile.

Ein drittes Argument ist die Zugänglichkeit von *Bewältigungskognitionen*. Eine Person kann sicher darüber Auskunft geben, welche konkreten Verhaltensweisen sie angesichts einer Bedrohung ergriffen hat. Jemand, dem der Arbeitgeber die Arbeitsstelle gekündigt hat, kann berichten, wie sie sich mit den Gesetzen vertraut gemacht, das Arbeitsgericht angeschrieben oder einen Rechtsanwalt zur Wahrung ihrer Interessen beauftragt hat. Während also Bewältigungshandlungen in der Regel bewusst und zugänglich sind, ist dies bei Bewältigungskognitionen zumindest fraglich. Nisbett und Wilson (1977) unterscheiden deshalb zwischen *Prozessen*, die der Person nicht zugänglich seien und den *Ergebnissen* von Prozessen, über die die Person zutreffend Auskunft geben können. Zwar berichteten Personen auch über Prozesse – diese Informationen entstammten aber nicht der Introspektion, sondern würden post hoc mit Hilfe von Alltagstheorien konstruiert. So kann z.B. eine Person zuverlässig ihren Eindruck über eine andere Person wiedergeben, z.B. dass diese intelligent sei. Welche Informationen sie aber im einzelnen zur Bildung dieses Eindrucks herangezogen und wie sie diese verarbeitet hat, das sei ihr nicht zugänglich. Zur Begründung des Eindrucks würde die Person dann auf allgemeine und plausible Annahmen über die Intelligenz zurückgreifen, die erklären, wann jemand intelligent sei, z.B. wenn er gute Argumente gebraucht hat oder wenn er einen anspruchsvollen Beruf auswirkt.

Zwar hat diese Argumentation von Nisbett und Wilson (1977) Widerspruch erfahren (Smith & Miller, 1978; White, 1980; Ericsson & Simon, 1980; Genest & Turk, 1981; Breuer, 1982; Lauth, 1982), der sich vor allem auf die kritische Unterscheidung von Prozess und Ergebnis

und auf das empirische Vorgehen von Nisbett und Wilson (1977) konzentriert. Die Diskussion ist aber weiterhin offen und so ist es durchaus nicht selbstverständlich, dass Personen über ihre Bewältigungsverläufe zutreffend berichten können, zumal einige dieser Bewältigungsformen an Wirkung verlieren dürften, wenn sie bewusst werden (vgl. hierzu Anderson, 1996 und Wessels, 1994). Einer erwerbslosen versicherten Frau, die ihre Zeit während der Phase der Suche nach einer alternativen Erwerbstätigkeiten daheim verbringt, anstatt sich aktiv um eine neue Erwerbsmöglichkeit zu bemühen, dürfte in der Regel nicht bewusst sein, dass diese Kognitionen und das daraus resultierende Verhalten beispielsweise dazu dienen, ihre Angstgefühle zu vermindern, neuen Anforderungen nicht gerecht werden zu können. Würde sie dies durchschauen, wäre der emotionsregulierende Effekt sicher geringer. Die Argumentation zeigt, dass es zumindest schwierig ist, Informationen über aktuell ablaufende Bewältigungsverläufe einer Person zu erheben. Die Probleme sind wahrscheinlich geringer, wenn man versucht, Ergebnisse der Auseinandersetzung mit einer belastenden Umwelt durch relativ stabile Persönlichkeitsdispositionen zu erklären.

Bewertungs- und Bewältigungsverläufe sind im transaktionalen Stressmodell von Lazarus & Folkman (1984) als *Mediatoren* (Baron & Kenny, 1986) konzipiert. Das bedeutet, dass im Verlauf der Auseinandersetzung der Person mit den bedrohlichen oder herausfordernden Aspekten der Umwelt diese Prozesse sukzessiv ablaufen und das Ergebnis eines Prozesses die Eingangsgrößen für den nächsten definiert. So bestimmt etwa das Ergebnis der primären Bewertung, ob überhaupt sekundäre Bewertungen in Gang gesetzt werden, diese resultieren in spezifischen Emotionen, deren Qualität und Intensität in der Folge die Art der Bewältigungen beeinflusst (Folkman & Lazarus, 1988). Eine Variable kann im Verlauf dieses Geschehens ihren Status von einer abhängigen Variablen, die von den vorhergehenden Prozessen bestimmt wird, zu einer unabhängigen ändern. So ist z.B. die Selbstwirksamkeitserwartung bei einer Person vor der Phase der Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle die Angst abhängig von den vorauslaufenden Bewertungen, etwa der Leistungsfähigkeit ihrer Konkurrentinnen. Die Höhe der Angst beeinflusst aber ihrerseits wieder die Art der Bewältigungsversuche. Dagegen sind Persönlichkeitsmerkmale hier immer als *Moderatoren* (Baron & Kenny, 1986) anzusehen. Das bedeutet, dass sie nur mittelbar in das Geschehen eingreifen, indem sie das *Auftreten spezifischer Bewertungen, Emotionen und Bewältigungsformen entweder begünstigen oder erschweren*. So werden Personen mit einer hohen generalisierten Einschätzung ihrer Selbstwirksamkeit angesichts einer Bedrohung ihrer Ressourcen eher zu sekundären Bewertungen kommen, die eine erfolgreiche Auseinandersetzung anzeigen als Personen mit einer geringeren Einschätzung der eigenen Tüchtigkeit. Oder man würde bei hochängstlichen (im Vergleich zu niedrig-ängstlichen) Personen erwarten, dass sie auf das gleiche Verhältnis von eingeschätzter Belastung und eigenen Kräften mit höherer Angst reagieren und in der Folge auch vermehrt emotionszentrierte Bewältigungsformen einsetzen.

Methodisch ist der Nachweis der moderierenden Funktion einer Variablen einfacher zu führen als der einer mediatisierenden. Bei der zweiten ist zu belegen, dass eine Variable durch Eingangsgrößen verändert wird und dann ihrerseits andere Variablen entsprechend beeinflusst. Die mediatisierende Funktion von Kausalattributionen können wir z.B. dadurch deutlich machen, dass wir aufzeigen, dass die Art der Ursachenzuschreibung einerseits vom Leistungsergebnis (Erfolg oder Misserfolg) abhängig ist und andererseits Selbstbewertungen und Erfolgserwartungen beeinflusst (Meyer, 1973). Moderatoren sind dagegen zunächst als unabhängige Variablen anzusehen, die sich auf die abhängige Variable auswirken. Da sich mit Moderatoren Gruppen von Personen definieren lassen, die auf eine bestimmte Ausgangslage unterschiedliche reagieren, kann man Interaktionen zwischen den Moderatoren und anderen unabhängigen Variablen postulieren (Baron & Kenny, 1986). Nimmt man z.B.

das Konstrukt der ‚Handlungsorientierung‘ sensu Kuhl (1983; 1994), das unter 5.1.2. ausführlich dargestellt wird, als Moderator, so lässt sich vorhersagen, dass Handlungsorientierte auf einen gravierenden Misserfolg mit weniger Depression reagieren als Lageorientierte. Bei einem Erfolg wären keine Unterschiede in der Reaktion zu erwarten. Die Höhe der Depression lässt sich daher in diesem Fall am besten durch die Interaktion von Leistungsergebnis (Erfolg vs. Misserfolg) und Handlungsorientierung erklären.

Für fast alle Persönlichkeitsmerkmale lassen sich Abstraktionshierarchien erstellen, die unterschiedlich grosse Geltungsbereiche anzeigen. Selbstkonzepte der Fähigkeit können z.B. auf –der Ebene einer allgemeinen Tüchtigkeit definiert werden, für einen bestimmten Bereich (z.B. Schule) für bestimmte Fächer (z.B. Geometrie) oder sogar für bestimmte Aufgabentypen (z.B. eingekleidete, geometrische Aufgaben). Das Dilemma besteht nun darin, dass zwar der Einsatz von allgemeineren Persönlichkeitsmerkmalen attraktiv ist, weil sie für eine grössere Zahl von Verhaltensweisen Voraussagen ermöglichen als spezifischere, gleichzeitig jedoch mit zunehmender Abstraktion in der Regel auch die Qualität der Vorhersagen abnimmt.

Wenn in der vorliegenden Arbeit dennoch zusätzlich auf Dispositionen zurückgegriffen wird, um die Verarbeitung von Belastungen zu erklären, so geschah dies aus folgender Überlegung heraus: Man kann annehmen, dass Persönlichkeitsmerkmale nicht nur das Auftreten einzelner Bewertungen, Emotionen und Bewältigungsformen begünstigen oder erschweren, sondern in *vielfacher Weise* die Auseinandersetzung mit der belastenden Lage beeinflussen. Es lässt sich z.B. erwarten, dass sich beispielsweise das Persönlichkeitsmerkmal ‚Widerstandsfähigkeit‘ sowohl auf die Bewertungen als auch auf die Emotionskontrolle sowie auf die problemzentrierte Bewältigung auswirkt. Dies zeigt sich vor allem im Hinblick auf die Studie von Shanfield (1990), der empirisch nachweisen konnte, dass Personen, die bereits vor der Erkrankung Probleme am Arbeitsplatz hatten, mit ihrer Arbeit unzufrieden sind oder eine negative Einstellung zu ihrer Arbeit und ihrem Beruf haben, weniger wahrscheinlich beruflich reintegriert werden können. Gleichzeitig konnte er nachweisen, dass auch die vor der Erkrankung bestehende Bedeutung der Arbeit im Leben der Patientengruppen eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielt (vgl. auch Schott, 1996 und Weidemann & Elsässer, 1994). Eine weitere Studie an einer psychosomatischen Klinik (Sandweg, Sänger-Alt & Rudolfstein, 1992) zeigt, dass Personen, die einen Rentenantrag stellten, seltener zufrieden mit ihrer beruflichen Situation sind (lediglich 8 % äusserten sich zufrieden), sich durch ihre Beschwerden in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit stärker eingeschränkt fühlen und Resignation und Ratlosigkeit ihre Gedanken über die weitere Zukunft weitaus mehr prägten als dies bei den übrigen Patientengruppen zu beobachten war (vgl. auch Müller-Fahrnow & Löffler, 1989).

Diese Überlegungen zeigen, dass Prozesse wie die Steuerung der Aufmerksamkeit, die Kontrolle von Emotionen und impulsivem Verhalten sowie die Einleitung und Durchführung geplanter Handlungen in der Auseinandersetzung mit Bedrohungen, Verlusten und kritischen Herausforderungen eine bedeutende Rolle spielen. Man kann erwarten, dass Personen, die über eine effiziente Kontrolle dieser *volitionalen Fähigkeiten* verfügen, mit Belastungen besser fertig werden als Personen, bei denen die Fähigkeit zur willentlichen Steuerung allgemein oder in einigen dieser wesentlichen Teilbereiche schwächer ausgeprägt ist. In einer Serie von Studien, in denen der Einfluss von persönlichen Zielen auf subjektives Wohlbefinden analysiert wurde, haben beispielsweise Brunstein und seine Mitarbeiter (Brunstein, 1993; 2001; Brunstein, Dangelmayer & Schultheiss, 1996; Brunstein, Lautenschlager, Nawroth, Pöhlmann & Schultheiss, 1996) gezeigt, dass Menschen in dem Masse gehobene statt deprimierte Stimmungen im Alltag erleben, wie sie sich an Ziele binden, die einerseits gut realisierbar sind und andererseits Gelegenheit zur Befriedigung eigener Motive und Bedürfnisse bieten. Personen, die hohes emotionales Wohlbefinden



entwickeln, zeigen vorausgehend ein hohes Mass an Entschlossenheit, Ziele zu verfolgen, für deren Realisierung günstige Bedingungen im Alltag existieren (z.B. zahlreiche Gelegenheiten, hohe Kontrolle und soziale Unterstützung bei der Realisierung von Zielen). Zudem binden sie sich bevorzugt an Ziele, die inhaltlich und thematisch (z.B. leistungs-, macht-, intimitäts- und affiliationsthematisch) ihren jeweils dominierenden Bedürfnissen und Motiven korrespondieren. Demgegenüber verfolgen Personen, deren Wohlbefinden beeinträchtigt ist, überwiegend Ziele, die einerseits schwer realisierbar sind und andererseits eigenen Bedürfnissen und Motiven nicht entsprechen. Dies bedeutet, dass jenen Personen, die sich vorwiegend an gut realisierbare Ziele binden, andere Personen gegenüber stehen, die sich der Realisierung schwer verwirklichtbarer Ziele verpflichtet haben. Gleichermassen zeigen die Befunde, dass sich manche Personen vorwiegend an Ziele binden, die zu ihren eigenen Motiven passen, während andere Personen überwiegend Ziele verfolgen, die ihren Motiven in keiner Weise entsprechen (Brunstein, Maier & Schultheiss, 1999). Diese Befunde sind seit einigen Jahren bekannt und wurden durch Studien anderer Autoren bestätigt (z.B. Emmons, 1989; King, 1995). Die vorliegende Arbeit geht von der Annahme aus, dass die von Kuhl (1983, 1997, 1998) beschriebenen Dispositionen der Handlungskontrolle, d.h. *Handlungsorientierung* versus *Lageorientierung* diese erwähnte moderierende Funktion auf das Erleben von Belastungen erfüllt. Deshalb soll im folgenden auf das Konzept der Handlungsorientierung eingegangen werden.

### 5.1.2. Handlungskontrolle und Stressverarbeitung

Die Theorie der Handlungskontrolle Kuhls (1983, 1994, 1997, 1998) bietet sich als Rahmenmodell zur Analyse der volitionalen Aspekte der Stressbewältigung an, weil sie sowohl die Rolle volitionaler Dispositionen betont und integriert als auch eine differenzierte Beschreibung der prozesshaften Geschehens liefern kann.

Kuhl unterscheidet zwischen verschiedenen Arten von Handlungen. Sie können das Ergebnis einer von der Person generierten Absicht sein oder weitgehend automatisierte Routinen (z.B. Schalten beim Autofahren) oder von anderen Personen über Einflussprozesse (z.B. Anweisungen) induziert werden. Im Fokus der Theorie steht die selbsterzeugte Form: Wie kann die Person eine von ihr gebildete Intention in eine entsprechende Handlung umsetzen? Welche Voraussetzungen sind dazu notwendig und was passiert, wenn die Handlungsrealisierung scheitert?

Kuhl (1994) differenziert zwar fünf verschiedene volitionale Funktionen (Handlungsinitiierung, Aufrechterhaltung von Handlungsplänen bis zu ihrer Durchführung, Hemmung von konkurrierenden Handlungstendenzen und impulsiven Handlungen, selektive Ausrichtung der Aufmerksamkeit und Anpassung des allgemeinen Erregungsniveaus), die bei der Durchführung einer geplanten Handlung notwendig sind, sieht sie aber gleichzeitig unter der Kontrolle eines globalen Konstruktes, das er *volitionale Kompetenz* nennt. Diese volitionale Kompetenz kann auf eine spezifische Handlung zu einem bestimmten Zeitpunkt bezogen sein, also eher einen Zustand (*state*) beschreiben, sie kann aber auch als Disposition (*trait*) angesehen werden, die anzeigt, wie effizient eine Person im allgemeinen diese volitionalen Prozesse steuern kann. Zur Erfassung der volitionalen Kompetenz als Disposition hat Kuhl den *Fragebogen zur Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv (HAKEMP)* entwickelt, der zum heutigen Zeitpunkt und nach mehreren Revisionen als *HAKEMP-90* (Kuhl, 1990) bekannt geworden ist.

Zentral bei Kuhl (1983, 1994, 1996, 1997) ist die Unterscheidung zwischen zwei Zuständen, nämlich der *Handlungs-* und der *Lageorientierung*, die im Kontext der Handlungsregulation



auftreten. Um die Intentionen in Handlungen umzusetzen, ist eine *kognitive Repräsentation* dieser Intentionen notwendig, die im Idealfall aus vier Komponenten besteht:

- (1) Der Kontext, in dem die Intention zur Ausführung gelangen soll;
- (2) das Selbst als Ausführender der Handlung;
- (3) ein Handlungsplan oder mehrere solcher Pläne, mit denen das gewünschte Ziel erreicht werden soll und
- (4) die Festlegung, ob die Ausführung der Handlung auf einen festen Entschluss der Person zurückgeht, ob sie es nur wünscht oder ob sie sich von aussen dazu gedrängt sieht.

Sind diese Komponenten in einer ausgewogenen Form bei der Person kognitiv repräsentiert, kann sie ihre Intentionen in Absichten umsetzen. Die Person ist dann *handlungsorientiert*. Fehlen einzelne dieser Komponenten oder besteht ein deutliches Ungleichgewicht in der inneren Darstellung, kommen diese Intentionen nicht zur Ausführung und *degenerieren*. Die Person ist dann *lageorientiert*. Lageorientierung beschreibt den Zustand, der entsteht, wenn es der Person nicht gelingt, ihre Absichten in Handlungen zu realisieren. Handlungs- und Lageorientierung sind Zustände zweier Endpunkte einer Dimension. Die Position auf dieser Dimension bestimmt, wie effizient die Person zu einem gegebenen Zeitpunkt ihre volitionalen Prozesse steuern kann.

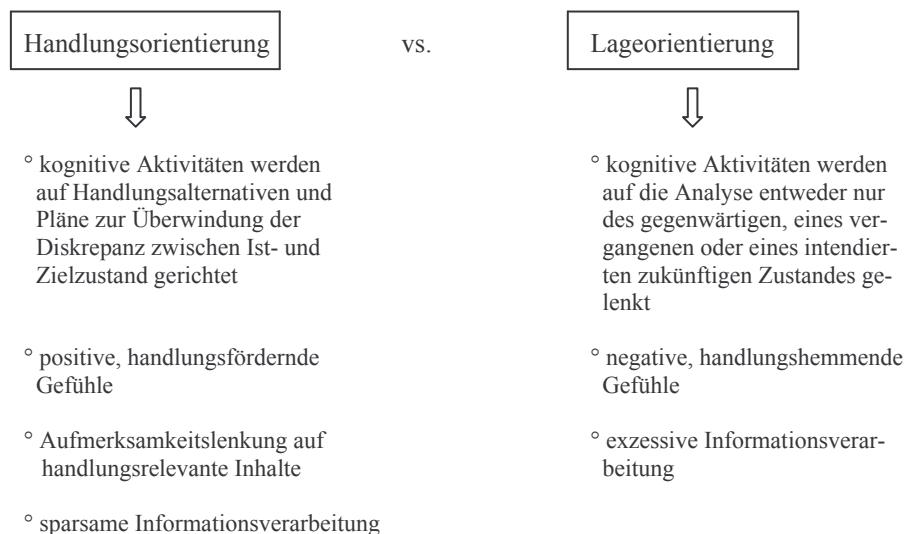


Abbildung 5.1.: Merkmale der Handlungs- und Lageorientierung

Die folgenden drei Itembeispiele aus dem HAKEMP-90 zeigen, wie das Konstrukt 'Handlungs- (HO) und Lageorientierung' (LO) erfasst wird:

- Wenn ich sehr viele wichtige Dinge zu erledigen habe, dann*
- A      überlege ich oft, wo ich anfangen soll. (LO)
- B      fällt es mir leicht, einen Plan zu machen und ihn auszuführen. (HO)
- 
- Wenn ich bei einem Wettkampf öfter hintereinander verloren habe, dann*
- A      denke ich bald nicht mehr daran. (HO)
- B      geht mir das noch eine ganze Weile durch den Kopf. (LO)
- 
- Wenn ich vor einer langweiligen Aufgabe stehe, dann*
- A      habe ich meist keine Probleme, mich an die Arbeit zu machen. (HO)
- B      bin ich manchmal wie gelähmt. (LO)

*Handlungs- und Lageorientierung* wird von Kuhl (1983) auch als *Disposition* eingeführt. Personen, die handlungsorientierte Zustände leichter herstellen können und bei denen diese dann auch häufiger auftreten, werden als *handlungsorientiert* bezeichnet. Entsprechend sind bei *lageorientierten* Personen lageorientierte Zustände vermehrt zu beobachten. Die Disposition *Handlungsorientierung* (bzw. *Lageorientierung*) beschreibt so ebenfalls eine einheitliche Dimension mit den Polen extreme Handlungsorientierung und extreme Lageorientierung und den entsprechenden Abstufungen dazwischen. Kuhl (1994) nennt zwei Formen der Lageorientierung, die die Wirksamkeit der willentlich gesteuerten Handlungsregulation beeinträchtigen: *Hesitation* und *Präokkupation*. *Hesitation* oder Zögern ist ein Sammelbegriff für alle Faktoren, die die Initiierung geplanter Handlungen erschweren. *Präokkupation* beschreibt unkontrollierbare kognitive (z.B. zwanghaftes Grübeln), emotionale und verhaltensmässige Aktivitäten, die mit der Ausführung geplanter Handlungen interferieren. Kuhl (1994) beschreibt die Bedingungen für das Auftreten von *Hesitation* und *Präokkupation* und ihre Folgen.

Die Unfähigkeit, Handlungen zu initiieren, kann auf situative Ursachen zurückgeführt werden. Wenn man längere Zeit eine stumpfsinnige und monotone Tätigkeit ohne Eigeninitiative ausgeübt hat, fällt es schwer, neue Handlungen zu beginnen. Man kann z.B. beobachten, dass Personen vor dem Fernsehgerät sitzen bleiben, obwohl sie das Programm langweilt und sie Besseres zu tun haben. Sie können sich aber einfach nicht dazu aufraffen, den Apparat abzuschalten.

Kuhl (1994) spezifiziert Entwicklungsbedingungen, die die Entstehung von *Hesitation* begünstigen: So dürften sich sowohl *Vernachlässigung* als auch *Überbehütung* nachteilig auf die Fähigkeit zur Handlungsinitiierung auswirken. Beide Erziehungsformen schränken die Möglichkeiten der Kinder zu erfolgreichem, selbstbestimmten Verhalten ein.

Kuhl (1994) unterscheidet drei Erscheinungsformen der *Präokkupation*, welche die Effizienz des volitionalen Systems beeinträchtigen können: Dissoziation, Überkontrolle und zwanghaftes Grübeln (*intrusions*). Kognitive Aktivitäten, die von der Person nicht kontrolliert werden können und von der aktuellen Intention *dissoziiert* sind, beanspruchen Platz im Kurzzeitspeicher und beeinträchtigen so die Handlungsregulation: Während des laufenden Handlungsvollzugs brechen störende, irrelevante Gedanken ins Bewusstsein ein.

*Überkontrolle* bezieht sich auf den Versuch, diese dissoziierten Inhalte zu unterdrücken. Dabei kann es geschehen, dass die ausgelösten Hemmungen so gross werden, dass sie auch das intendierte Verhalten beeinträchtigen. Wer bei einem Vortrag krampfhaft versucht, seine Angst und die entsprechenden Kognitionen zu unterdrücken, kann damit auch seine Fähigkeit zum normalen Handlungsvollzug blockieren und sich z.B. nicht mehr an seinen Text erinnern.

*Zwanghaftes Grübeln* beschreibt einen ähnlichen, aber extremeren Mechanismus als Dissoziation. Bei letzterer beeinträchtigen eindringende Gedanken die parallel ablaufende Handlungssteuerung. Bei Intrusionen wird der gesamte kognitive Apparat durch endlos wiederholte Gedanken okkupiert und steht für andere Aktivitäten nicht mehr zur Verfügung.

Kuhl (1994) berichtet über Ergebnisse, nach denen die Neigung zu *Präokkupation* durch häufige Frustrationen und einen stark kontrollierenden und die Einhaltung von Regeln betonenden Erziehungsstil der Eltern gefördert wird.

### 5.1.3. Balance zwischen Anforderungen und Ressourcen im Rahmen des Bewältigungsprozesses

Das Verhältnis zwischen Anforderungen und vorhandenen objektiven und / oder subjektiven Ressourcen, hier definiert als Möglichkeiten der Arbeitswelt und Angebote der Invalidenversicherung und Bedürfnissen der jeweiligen versicherten Person ist letztlich für alle Vorstellungen des Bewältigungsprozesses charakteristisch. Besonders betont wird dies im *„Person-Environment-(P-E)Fit-Model“* (Edwards, Caplan & Harrison, 1998), wonach vor allem die *Diskrepanz* zwischen erwünschten und vorhandenen Merkmalen entscheidend ist. Sie erklärt oft zusätzliche Varianz, allerdings meist weniger als die Komponenten selbst. Zudem sind Abweichungen oft *„asymmetrisch“* (ein zu langer Arbeitsweg ist bei viel häuslichem Engagement belastender als bei wenig oder gar fehlendem häuslichen Engagement), und ein *„Fit“* kann je nach Niveau unterschiedliche Folgen haben (z.B. ist hohe Komplexität bei hohem Bedürfnis nach Komplexität günstiger als wenn beide Komponenten tief sind). Das Modell spezifiziert allerdings nicht, welche Aspekte für eine Erwerbsarbeit relevant sind. Nachvollziehbar ist jedoch, dass die Bewältigung von Erwerbslosigkeit und Gesundheitsschaden im Sinne einer dualen Behinderung wesentlich dadurch determiniert wird, wie die jeweiligen Anforderungen im Vergleich zu den Ressourcen subjektiv bewertet werden, und davon, welche Formen der Auseinandersetzung mit den Belastungen die Person einsetzt. Dies ist auch der Kerngedanke des geschilderten transaktionalen Stressmodells.

Inhaltlich spezifischer ist Karasek's einflussreiches *„Anforderungs-Kontroll-Modell“* (z.B. Theorell & Karasek, 1996). Hohe Anforderungen führen bei geringer Kontrolle zu Belastungserleben, bei hoher Kontrolle zu (positiver) Herausforderung. Die damit postulierte Interaktion ist jedoch, im Unterschied zu den Haupteffekten von Anforderungen und Kontrolle, empirisch nicht gut bestätigt (s. Kasl, 1996). Auch für das um soziale Unterstützung erweiterte Modell sind die Ergebnisse bezüglich der nunmehr postulierten Dreifach-Interaktion inkonsistent (Dormann & Zapf, 1999; Schaubroeck & Fink, 1998). Karasek's breite Fassung der Konzepte, insbesondere der Kontrolle, hat viel Kritik hervorgerufen. Spezifischere Messungen (z.B. Zeit- vs. Methodenspielraum) sind möglicherweise vielversprechender (z.B. Wall, Jackson, Mullarkey & Parker, 1996). Das Modell hat sehr viel Forschung und theoretische Weiterentwicklungen ausgelöst.

Im *„Modell beruflicher Gratifikationskrisen“* (Siegrist, z.B. 1996) geht es ebenfalls darum, was den – extern oder selbst gesetzten – Anforderungen gegenüber steht. Wieder ist Kontrolle wichtig, jedoch nicht nur im Hinblick auf die unmittelbare Tätigkeitsausführung, sondern als sogenannte *„Statuskontrolle“* im Sinne von Aufstiegschancen, Arbeitsplatzunsicherheit und ausbildungsgemässer Beschäftigung. Sie ist – wie Einkommen und soziale Anerkennung / Unterstützung – eine *„Gratifikation“*. Siegrist (1996) hat in einer Reihe von Studien gezeigt, dass Diskrepanzen zwischen Anforderungen und Gratifikationen, in seinem Sinne *„Gratifikationskrisen“* kardiovaskuläre Krankheiten und Risikofaktoren vorhersagen. Das Modell zeichnet sich vor allem durch die Berücksichtigung des breiteren Kontextes aus. Zur Frage, ob Belastungen angesichts der vorhandenen Ressourcen erträglich sind, kommt die Frage, ob es sich angesichts der Gratifikationen überhaupt auch lohnt, sie zu ertragen (s.a. Hobfoll & Freedy, 1993; Schaufeli & Enzmann, 1998). Empirisch ist das Modell gut bestätigt, konzeptionell bedarf das Verhältnis von externen und internen Anforderungen weiterer Klärung.

Die hierzu vorhandene Literatur ist kaum überschaubar und enthält viel Widersprüchliches. Sie ist angesichts unterschiedlicher Operationalisierungen und Auswertungsstrategien, vor allem aber durch das Überwiegen von Fragebogendaten aus Querschnittsdesigns nicht leicht

zu interpretieren (Ganster & Schaubroeck, 1991). Dennoch lässt sich ein – wenn auch grobes - Bild zeichnen: Stressfaktoren am Arbeitsplatz korrelieren typischerweise mit psychischen und somatischen Symptomen in der Grössenordnung von  $r = .20 - .40$ . Bei Fragebogendaten sind die Werte etwas höher als bei Fremdurteilen, die Muster sind jedoch ähnlich. Die (wenigen) Längsschnittstudien stützen einen kausalen Effekt von Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit allgemein (Siegrist, 1996; Theorell & Karasek, 1996; Zapf, Dormann & Frese, 1996).

Als Symptome werden z.B. psychosomatische Beschwerden, Depressivität, geringes Selbstwertgefühl, Arbeitsunzufriedenheit, Ängstlichkeit, Spannungsgefühle und Irritation untersucht (Greif, Bamberg & Semmer, 1991). Im somatischen Bereich geht es vor allem um Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Theorell & Karasek, 1996; Siegrist, 1996), muskuloskelettale Symptome (Boos, Semmer, Elfering, Schade, Gal, Zanetti, Kissing, Buchegger, Hodler & Main, 2000) oder Magen-Darm-Geschwüre, aber auch um allgemeine Morbidität und Mortalität (Taylor, Repetti & Seeman, 1997) und Risikofaktoren wie verringerte Immunkompetenz (Meijman, van Dormolen, Herber, Rongen & Kuiper, 1995), Bluthochdruck und Hormone, v.a. Katecholamine und Kortikosteroide (Theorell & Karasek, 1996). Hier kommt neben der Reaktivität während einer Belastungsperiode vor allem der schnellen Rückführung auf die Ausgangswerte („Unwinding“) als Zeichen gelungener Bewältigung Bedeutung zu (Frankenhaeuser & Johansson, 1986). Daneben mehren sich allerdings Hinweise auf eine (problematische) reduzierte Reaktivität bei chronischen Belastungen (Siegrist, 1996).

Angesichts der Unterschiedlichkeit vieler Ergebnisse liegt es nahe, *Konstellationen* zu untersuchen. Zu *Stressor-Ressourcen-Konstellationen* gibt es überzeugende Resultate bislang vor allem für Siegrist's (1996) Balance-Modell der Verausgabung und Belohnung. (Schaubroeck & Fink, 1998), aber auch für Hobfoll's (1998) Theorie der ‚Erhaltung der Ressourcen‘. Für soziale Unterstützung findet man typischerweise Haupteffekte, jedoch eher selten die postulierten ‚Puffereffekte‘. ‚Umgekehrte Puffereffekte‘, d.h. die Verstärkung von Stresseffekten durch soziale Unterstützung verweisen darauf, dass die Art der unterstützend gemeinten Kommunikation entscheidend ist (Beehr, 1995). Möglicherweise gelten die postulierten Interaktionen nur für Personen mit genügend personalen Ressourcen (z.B. Selbstwirksamkeit), um den vorhandenen Spielraum auch nutzen zu können (de Rijk, Le Blanc & Schaufeli, 1998; Schaubroeck & Merrit, 1997). Im Hinblick auf *Persönlichkeitsmerkmale* überwiegen Haupteffekte. Hinweise auf Interaktionen finden sich vor allem für die Selbstwirksamkeit (Jex & Bliese, 1999) und Locus of Control, teilweise auch für das Hardiness-Konzept, für das Machtmotiv sowie für Feinseligkeit, Zynismus und Misstrauen (Semmer, 1996; Schaufeli & Enzmann, 1998).

Wie generell, ist die Neigung zu emotionsorientierter Bewältigung auch bei Belastungen insbesondere während der Arbeit mit schlechterem Befinden assoziiert (Hepburn, Loughoin & Barling, 1997). Allerdings messen die entsprechenden Items oft eher momentane Stresssymptome (Semmer, 1996). Die wenigen Studien, die das tatsächliche Zusammenspiel von Belastung, Bewältigung und Wohlbefinden untersuchen, zeigen z.B. Zusammenhänge von Bewältigung mit Situationsmerkmalen (stärker problembezogen bei hoher Veränderbarkeit – Reicherts & Pihet, 2000) und mit persönlichen und sozialen Ressourcen (z.B. Internalität, soziale Unterstützung – Ingledew, Hardy & Cooper, 1997). Darüber hinaus zeigt Reicherts (z.B. Reicherts & Pihet, 2000), dass sich ‚Regeln‘ für situationsadäquate Bewältigung aufstellen lassen, dass diese vielfach befolgt werden, und dass dabei – wie oft postuliert, aber selten nachgewiesen – palliative Bewältigung nützlich sein kann. Nur selten sind Bewältigungsversuche im Detail spezifiziert – etwa innovative Veränderungen von



Arbeitsabläufen bei Bunce & West (1994) oder Absentismus im Dienste der Befindensregulation (Hackett & Bycio, 1996). Das Selbe gilt für die Kosten von Bewältigung (Schönplugh, 1987).

## **5.2. Fragestellung und Vorgehensweise - Stichprobe und Methodenwahl**

Aus den obigen Ausführungen wird klar, dass die Frage, ob und wie sich Belastungen in Form von kritischen Lebensereignissen wie die duale Belastung *Gesundheitsschaden und Erwerbslosigkeit* auf die physische und psychische Gesundheit auswirken, als noch ungeklärt gilt. Die inhaltliche Konzeption von *interventiven Massnahmen* z.B. zur Unterstützung während der erwerblichen Rehabilitation, setzt die Identifizierung von Formen der Bewältigung voraus, die zur Erhaltung und Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben allgemein beitragen. Inzwischen liegen zahlreiche Studien vor, die unter Verzicht auf evaluative a-priori-Festschreibungen die differentielle Wirksamkeit einzelner Bewältigungsformen auf empirischem Wege zu bestimmen suchen. In der gegenwärtigen Forschungspraxis dominieren korrelative Querschnittsstudien und – weniger häufig – prospektive Longitudinalstudien, in denen die Ausprägung einzelner Bewältigungsformen zu zumeist recht globalen Selbstbeurteilungskriterien (Symptomlisten, Befindlichkeitsskalen) in Beziehung gesetzt werden (Übersichten in Kaluza, 1996a; Weber, 1990; Laux & Weber, 1990). Als effektive Wege der Bewältigung erwiesen sich in der Regel aktives Problemlösen, kognitive Umstrukturierung, das Bemühen um und die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung sowie ein „nicht antagonistischer“ Umgang mit negativen Emotionen. Die Abhängigkeit der erzielten Befunde vom jeweils untersuchten situativen Kontext (Pearlin & Schooler, 1978; Ilfeld, 1980; Wethington & Kessler, 1990; Holahan & Moos, 1991) und von Personmerkmalen wie beispielsweise dem Geschlecht (Long & Gessaroli, 1989), der Kulturzugehörigkeit (Chatway & Berry, 1989) und dispositionellen Bewältigungspräferenzen (Kohlmann, 1990; Miller & Mangan, 1983) schränkt ihre Generalisierbarkeit allerdings massiv ein. Es bleibt deshalb offen, welche dieser Strategien in welchen Situationen von welchen Personen am wirkungsvollsten eingesetzt werden. Die bisher vorliegenden Forschungsergebnisse zur differentiellen Effektivität einzelner Bewältigungsformen lassen somit eines ganz deutlich werden: *Eine allgemein effektive Standardstrategie zur Belastungsbewältigung lässt sich nicht identifizieren.* Zu heterogen sind die in Frage stehenden Anforderungsbedingungen und zu unterschiedlich auch die betroffenen Personen mit ihren je individuellen Zielen, Werten und Normen und damit verbundenen Bewältigungspräferenzen. Die Betrachtung der individuellen Bewältigungskompetenz sollte sich daher nicht allein auf das – absolute – Ausprägungsniveau *einzelner* Bewältigungsformen stützen, sondern darüber hinaus das *Profil* der der betreffenden Person zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategie betrachten.

Deshalb stellt sich für die vorliegende Untersuchung in erster Linie die Frage, ob sich überhaupt für die Zielgruppe der Frauen mit einer dualen Belastung, die sich im Prozess der erwerblichen Umorientierung bei der IV-Berufs- und Laufbahnberatung befinden, *differentielle Persönlichkeitsprofile* auf der Grundlage ihrer Merkmale identifizieren lassen, die Aufschluss über das eigentliche *Bewältigungsverhalten* im Rahmen der IV-Berufs- und Laufbahnberatung geben. Es handelt sich im ersten Fall um die Frage der *Strukturidentifikation* brauchbarer *Rehabilitationstypen*. Es ist im Rahmen der Untersuchung nicht möglich, den Einfluss differentieller Persönlichkeitsprofile *vor* Eintritt des Gesundheitsschadens in Bezug auf die differentiellen Persönlichkeitsprofilen *nach* Eintritt des Gesundheitsschadens herauszupartialisieren - so wünschenswert dieses Vorgehensweise auch



wäre, da sich die Probandinnen erst nach dem kritischen Lebensereignis 'Gesundheitsschaden' bei der Invalidenversicherung zum Zweck der Abklärung ihrer erwerblichen Teilnahmemöglichkeiten angemeldet haben. Dies ist allerdings für die Beantwortung der Frage nach dem Stellenwert in Bezug auf das derzeitige Bewältigungsverhalten auch nicht notwendig.

In zweiter Hinsicht stellt sich die Frage, ob und wenn ja: in welcher Art diese als ‚Rehabilitationstypen‘ bezeichneten differentiellen Bewältigungsprofile mit klar definierten Bewältigungsverläufen oder -pfaden während des Prozesses der Abklärung der erwerblichen Eingliederungsmöglichkeiten durch eine Fachperson der IV-Berufs- und Laufbahnberatung verbunden sind. Die Beschreibung dieser Bewältigungsverläufe erfolgt einerseits mit Hilfe des Vokabulars der transaktionalen Stresstheorie von Lazarus (z.B. Lazarus & Launier, 1981), andererseits auf der Grundlage der Theorie der Handlungsorientierung nach Kuhl (1994; 1996). Wiederum handelt sich hier um eine *strukturentdeckende* Fragestellung. Es kann zumindest hypothetisch erwartet werden, dass den unterschiedlichen differentiellen Persönlichkeitsprofilen im Hinblick auf das jeweilige Ausmass der Handlungs- und Lageorientierung jeweils unterschiedliche Bewältigungsverläufe zugeordnet werden können.

In einem dritten Auswertungsschritt soll ermittelt werden, ob sich die identifizierten differentiellen Persönlichkeitsprofile hinsichtlich dreier Merkmale unterscheiden, nämlich

- jeweiliges subjektives Belastungsempfinden
- Anteil der Erwerbstätigkeit (Teil- oder Vollzeiterwerbstätigkeit)
- Zufriedenheit mit dem Einkommen

Spezifischere Hypothesen zu einem möglichen Zusammenhang können erst nach Identifikation der gesuchten differentiellen Persönlichkeitsprofile formuliert werden.

*Zur Stichprobenauswahl:* Es wurde eine Stichprobe von 94 Frauen im Alter zwischen 28 und 45 Jahren mit abgeschlossener Berufsausbildung ausgewählt, die wegen eines körperlichen Gesundheitsschadens in ihrer Teilnahmefähigkeit am Erwerbsleben massiv eingeschränkt wurden, weshalb sie bei der Berufs- und Laufbahnberatung der Invalidenversicherung des Kantons Graubünden zur Abklärung ihrer Möglichkeiten der erwerblichen Rehabilitation angemeldet wurden. Die Auswahl erfolgte zufällig nach zeitlichem Eingang der Anmeldungen bei der IV-Berufs- und Laufbahnberatung.

Dieser Auswahl lag der Gedanke zugrunde, dass sich bei einer solchen Gruppe die Auswirkungen der Bewältigungsversuche und der bewältigungsregulierenden Persönlichkeitsmerkmale deutlicher zeigen müssten als bei weniger belasteten Stichproben. Die Annahme basiert allerdings eher auf Plausibilitätsüberlegungen und wird deshalb im Rahmen der vorliegenden Studie noch geprüft werden. Man könnte dagegenhalten, dass es wahrscheinlich nur sehr wenige Menschen gibt, die weitgehend frei von belastenden Anforderungen sind (vgl. Antonovsky, 1979) und dass sich daher auch bei Gruppen, die keiner besonderen Belastung ausgesetzt sind, stressmoderierende Effekte nachweisen lassen. Weiterhin ist es denkbar, dass bei extremen Belastungen die Unterschiede in den Bewältigungsstrategien unbedeutend werden, da dann auch sehr günstige personelle Ressourcen nicht mehr ausreichen, um zu einem erträglichen Ergebnis zu kommen.

Ein Vorteil bei der Verwendung objektiv hoch belasteter Stichproben wie diejenige von behinderten, in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkte Frauen ist es, dass es dort einfacher ist,

die belastenden Anforderungen zu definieren als bei einer Zufallsstichprobe von Personen, bei denen die Stressoren heterogener und weniger scharf umrissen sind.

Allerdings wird die Feststellung, wie hoch die objektive Belastung für eine Person in einer gegebenen Situation ist, in der Regel nur näherungsweise möglich sein, weil alle Informationen, die man von der Person erhält, bereits durch subjektive Bewertungen und Einschätzungen verfälscht sein können. Es ist aber nützlich, neben einer Beschreibung der Bewältigungsversuche über einen Kennwert zu verfügen, der die belastende Situation näher an der Realität beschreibt als dies Masse tun, mit denen die erlebte Belastung durch die verschiedenen aversiven Aspekte erfasst wird. Dies aus folgendem Grund:

Die Längsschnittstudie muss der Einschätzung des Autors nach dem Einwand begegnen können, dass die Zusammenhänge zwischen den Bewältigungsversuchen und den erhobenen Persönlichkeitsmerkmalen durch die Höhe der objektiven Belastung (körperlich-funktionelle Einschränkung und Erwerbslosigkeit) bestimmt werden. Wenn z.B. bei alleinerziehenden und berufstätigen Müttern ein Zusammenhang zwischen hohem Arbeitsengagement und Bewältigungsversuchen i.S. von ‚anforderungsbezogenen Handlungen‘ auftritt, so ist dies zunächst einmal lediglich eine Bestätigung der Annahme dafür, dass ein hohes Arbeitsengagement in einem hohem Masse konkrete anforderungsbezogene Handlungen nach sich zieht. Das gleiche Ergebnis wäre jedoch ebenfalls zu beobachten, wenn sich mit ansteigender Belastung, z.B. wegen eines prekären regionalen Ausbildungsmarktes sowohl das Arbeitsengagement als auch die Einleitung konkreter anforderungsbezogener Handlungen erhöhen. In diesem Falle würde sich die objektive Belastung direkt und ohne Beteiligung des ‚Arbeitsengagement‘ auf das Ausmass konkreter anforderungsbezogener Handlungen auswirken. Um diese Interpretation möglichst ausschliessen zu können, wurde für die Auswahl der Stichprobe darauf geachtet, dass die Belastungsart, der die einzelnen Probandinnen ausgesetzt sind, möglichst identisch ist. Auch wenn dies in der Regel nur näherungsweise gelingt, so lässt sich damit doch zeigen, dass ein Persönlichkeitsmerkmal auch dann noch Varianz beim Bewältigungsversuch aufklärt, wenn der Einfluss der Belastungen berücksichtigt wird. Zwar wird es in korrelativen Feldstudien immer möglich sein, empirische Zusammenhänge zwischen zwei Variablen auf nicht gemessene, dritte Variablen zurückzuführen. Es ist aber von Vorteil, wenn wenigstens der nächstliegende Einflussfaktor – im vorliegenden Falle die überdauernde funktionell-körperliche Behinderung und weiterhin die abgeschlossene Berufsausbildung - kontrolliert werden kann. Zudem wird es durch die Auswahl möglichst verschiedenartiger Stichproben und Bewältigungsversuche zunehmend weniger plausibel, dass die beobachteten Zusammenhänge durch die Wirkung einer gemeinsamen dritten Variablen entstanden sind.

Es wurden lediglich Probandinnen ausgewählt, die einerseits im erwerbsfähigen Alter stehen, andererseits nicht die 'kritische' Altersgrenze überschreiten: Aufgrund des ‚vorgerückten‘ Alters soll die Vermittelbarkeit in den zum Zeitpunkt der Durchführung der vorliegenden Studie bestehenden Arbeitsmarkt nicht gänzlich fragwürdig erscheinen. So ist es nach der Alltagserfahrung des Autors aus arbeitsmarktlichen Gründen bedeutend schwieriger, eine 55jährige versicherte, in Teilzeit erwerbstätige Frau in den Arbeitsmarkt zu integrieren als eine 30jährige versicherte Frau. Durch dieses Vorgehen muss sich die Studie jedoch den Vorwurf gefallen lassen, dass ihre Ergebnisse lediglich für einen streng definierten Alterskreis Geltung findet und andere Altersgruppen, so beispielsweise diejenige der über 50jährigen Personen ausser acht lässt. So betrachtet dürfen die erzielten Ergebnisse deshalb keineswegs auf alle Altersgruppen übertragen werden – ein durchaus berechtigter Vorwurf, der beispielsweise von Baltes (1987, 1991) im Bereich der Entwicklungspsychologie vorgebracht wird.

Weiterhin wurde darauf geachtet, dass sämtliche Probandinnen (N = 94) vor der Einschränkung ihrer Partizipationsmöglichkeit am Erwerbsleben, d.h. vor Eintritt des IV-relevanten Gesundheitsschadens einer Erwerbstätigkeit nachgingen: Es wurden deshalb keine Frauen in die Studie einbezogen, die ausschliesslich Familien- und Haushaltspflichten nachgehen (im übrigen werden versicherte Personen mit diesem Charakteristikum nicht der IV-Berufs- und Laufbahnberatung vorgestellt). Um den Vergleich zwischen Vollzeit- und in Teilzeit erwerbstätigen Frauen zu ermöglichen, wurde darauf geachtet, sowohl in Teilzeit (N = 43) als auch vollzeitlich erwerbstätige Frauen (N = 51) in die Studie einzubeziehen. Dieses Vorgehen begründet sich aus der Annahme – dies wiederum aus Plausibilitätsgründen und auf dem Hintergrund der Alltagserfahrungen des Autors -, dass sich die erwerbliche Reintegration teilzeiterwerbstätiger Frauen schwieriger gestaltet als die Rehabilitation vollzeiterwerbstätiger Frauen. Es ist beispielsweise durchaus nachvollziehbar, dass eine in Teilzeit erwerbstätige Person mit Haushalts- und Familienpflichten, die in einer ländlichen Umgebung wohnt, die formalen Charakteristika einer möglichen Erwerbstätigkeit, so beispielsweise Arbeitsort und Arbeitszeit eher auf der Grundlage ihrer familiären Umstände festlegt und damit ihre Erwerbstätigkeit – auch wenn sie diese theoretisch durchaus ausüben könnte – mit grosser Wahrscheinlichkeit an die gegebene familiäre Situation anpasst als umgekehrt.

Kriterium	Charakterisierung
Anzahl der Probandinnen	94 Frauen
Altersgruppe	28 – 45 Jahre (M = 36.5 Jahre; SD = 2.6 Jahre)
geltend gemachter Gesundheitsschaden	funktionelle Schädigung des Bewegungsapparates, z.B. Rückenbeschwerden
Ausmass der Erwerbstätigkeit <i>vor</i> Eintritt des Gesundheitsschadens (N = 94)	Vollzeit: N = 51 (81 % - 100 %) Teilzeit: N = 43 (40 % - 80 %)
Art der Erwerbstätigkeit <i>vor</i> Eintritt des Gesundheitsschadens	qualifizierte (Lehrabschluss) bzw. unqualifizierte (ohne Lehrabschluss) Erwerbstätigkeit
Ausmass der zumutbaren Erwerbstätigkeit <i>nach</i> Eintritt des Gesundheitsschadens	jeweils gleiches Ausmass wie vor Eintritt des Gesundheitsschadens

Tabelle 5.1.: Beschreibung der Stichprobe

Ein weiteres Kriterium für die Auswahl der Probandinnen bestand darin, keine versicherten Personen mit einer psychiatrischen Diagnose in die Studie aufzunehmen, sondern lediglich Personen mit einem funktionellen Gesundheitsschaden, z.B. klassisch: einer funktionell bedingten Einschränkung der Rückenbeweglichkeit. Psychiatrisch bedingte Gesundheitsschäden – oder auch Doppeldiagnosen, wenn von medizinischen Fachpersonen neben einem somatischen gleichzeitig ein psychischer Gesundheitsschaden diagnostiziert wurde – erschweren die tatsächliche erwerbliche Reintegration enorm. So kommt es beispielsweise in der Alltagspraxis des Autors oft vor, dass von psychiatrischen Fachpersonen als Charakteristika eines der Behinderung angepassten Arbeitsplatzes „stressfrei“, „ohne Verantwortungsbereich“, „verständnisvoller Arbeitgeber“ oder „kein ausgedehnter sozialer Kontakt“ genannt werden.

Betreffend des Berufsabschlusses werden sowohl Frauen mit einem qualifizierten Berufsabschluss in Form einer regulären Ausbildung (Fachverkäuferinnen, Pflegefachkräfte, Servicefachangestellte, Hauswirtschaftliche Angestellte, Kauffrauen) als auch Frauen ohne qualifizierten Berufsabschluss (Raumpflegerinnen, Mitarbeiterinnen im Küchenbereich und im Bereich Hotel- / Gastronomie) in die Studie aufgenommen. Es stellt sich allerdings die Frage, ob die Chancen einer Reintegration für Frauen mit einem qualifizierten Berufsabschluss nicht bedeutend höher ist als für Frauen ohne qualifizierten beruflichen Abschluss. Die Alltagserfahrung des Autors zeigt, dass dem nicht so ist: Vielmehr kann – bei vorhandenem kognitiv-intellektuellen Potential – auch Personen ohne qualifizierten Abschluss eine Ausbildungsmöglichkeit im Sinne einer Umschulung angeboten werden. Als Kriterium gilt weiterhin das finanzielle Einkommen vor Eintritt des Gesundheitsschadens, denn: das Ziel der Invalidenversicherung liegt in der Wiederherstellung der finanziellen Selbständigkeit der versicherten Person (Positivkriterium); und wiederum anders ausgedrückt: der Vermeidung von invaliditätsbedingten Rentenleistungen (Negativkriterium). Es rechtfertigt sich im Sinne der Gleichberechtigung also eine Umschulung in eine qualifizierte Tätigkeit – genauer: die Übernahme der Kosten für eine Ausbildung beispielsweise auf Lehrniveau. So betrachtet spielt es auch keine Rolle, ob eine Probandin vor Eintritt des Gesundheitsschadens einer qualifizierten oder unqualifizierten Erwerbstätigkeit nachgegangen ist.

Als letztes Auswahlkriterium wurde festgelegt, lediglich diejenigen versicherten Frauen in der Studie zu berücksichtigen, die trotz Gesundheitsschaden in einer anderen, der Behinderung angepassten Tätigkeit erwerbstätig sein können, und zwar im selben Ausmass wie vor Eintritt des Gesundheitsschadens. Dadurch soll dem Prinzip der ‚zeitlichen Gleichwertigkeit der Erwerbstätigkeit‘ entsprochen werden – es soll damit beispielsweise keine Probandin berücksichtigt werden, die vor Eintritt des Gesundheitsschadens zu 100 % erwerbstätig war, nun jedoch behinderungsbedingt nur noch in vermindertem Masse, z.B. 50 %, einer Erwerbstätigkeit nachgehen kann und dadurch ihre Reintegrationschancen aufgrund des problematischen Arbeitsmarktes noch zusätzlich einschränkt.

*Zur Methodenwahl:* Im Bereich der psychologischen Bewältigungsforschung zeigt sich paradigmatisch der generelle und seit Jahrzehnten bestehende Methodenstreit. Die Dichotomisierung in quantitative und qualitative Methoden hat eine lange Tradition, und erst seit wenig mehr als zehn Jahren lassen sich Bemühungen um eine Integration beider Ansätze in immer stärkerem Ausmass beobachten (z.B. Mayring, 1988, als früher Versuch). Vor allem ist auf den fehlenden Konsensus über die Möglichkeiten der Operationalisierung des Bewältigungsverhaltens und dem damit verbundenen Einsatz adäquater Forschungsmethoden hinzuweisen. Das Problem der methodischen Erfassung von Bewältigungsverhalten kristallisiert sich im wesentlichen auf die Diskussion des Einsatzes unterschiedlicher Formen des *Interviews* einerseits und *Fragebogenverfahren* andererseits. Beide Verfahrensarten, sowohl der Einsatz des Interviews als auch das Fragebogenverfahren, können jedoch einen wichtigen Beitrag je eigener Art zur Erforschung des Bewältigungsverhaltens leisten. Die Entscheidung für den Einsatz eines bestimmten Erfassungsinstrumentes ist letztlich auch abhängig von der konkreten Fragestellung. Ausgangspunkt der Überlegungen zu dieser Studie ist die bereits 1982 von KLEINING aufgestellte These der „Einheit der Methoden“, die eine gleichartige Basis aller methodischen Verfahrensweisen beinhaltet. So zeigt die bisherige Alltagserfahrung eine zwingende *sequentielle* Abfolge, nämlich durch Abstraktion entwickelte qualitative Verfahren, daran anknüpfend aus diesen die Entwicklung quantitativer Verfahrensweisen. Dies bedeutet, zu Beginn eines Forschungsprozesses werden in der Regel Erhebungsmethoden eingesetzt, die dem Forschungspartner ein freies, selbständiges und spontanes Formulieren seiner

subjektiven Wirklichkeit gestatten. Für die vorliegende Untersuchung wird hingegen eine *parallele* Verfahrensweise gewählt. Die Rahmenbedingungen sind in der nachfolgenden Tabelle 5.2. dargestellt.

Kriterium	Charakterisierung
Untersuchungszeitraum	zwischen Oktober 1999 bis November 2002
Zeitliche Erhebungsmodalitäten: - Anzahl der Erhebungszeitpunkte - Abstand der jeweiligen Erhebungszeitpunkte	jeweils vier Befragungszeitpunkte ( $t_1 - t_4$ )  individuell nach Notwendigkeit
Untersuchungsmodus: - Interview - Testologische Abklärung - Besprechung der Testergebnisse - Besprechung des weiteren Vorgehens	an sämtlichen Befragungszeitpunkten $t_1 - t_4$ Zeitpunkt $t_1$ <sup>Anm. 1)</sup>  Untersuchungszeitpunkt $t_2$  während sämtlichen Besprechungszeitpunkten $t_1 - t_4$
Ort der Erhebungen	IV-Stelle des Kantons Graubünden
Rahmenbedingung	- im Rahmen des üblichen Vorgehens zur Abklärung der erwerblichen Eingliederungsmöglichkeiten - Durchführung der Studie mit dem Einverständnis der jeweiligen Probandinnen - die erwerbliche Reintegration ist erklärte Absicht jeder Probandin

*Anmerkung 1:* Da das Testverfahren ‚Fragebogen zur Lebenszufriedenheit‘ erst im Jahre 2000 erhältlich war, wurde dieses bei 34 Probandinnen erst zu einem späteren Zeitpunkt eingesetzt und besprochen.

Tabelle 5.2: Rahmenbedingungen der Studie

Es wird einerseits ein *einzelfallintensives Vorgehen* in Form einer *Longitudinaluntersuchung* gewählt, um eine möglichst exakte Analyse ablaufender psychischer Prozesse zu gewährleisten. Die Beschreibung des Bewältigungsverlaufes erfolgt auf dem Hintergrund *interindividueller Prozesskategorien* (vgl. 5.3.), um den damit erhaltenen hochkomplexen Informationen zu den Bewältigungsversuchen eine interpretierbare Struktur zu geben (hierzu 5.3.). Die jeweiligen Bewältigungsversuche der einzelnen Probandinnen werden *retrospektiv* viermal (Erhebungszeitpunkte  $t_1 - t_4$ ) über einem Zeitraum von jeweils höchstens fünf Monaten mittels eines *Interviews* im Sinne einer *Befragung* gezielt erhoben. Das *qualitativ ausgerichtete Interview* und die für die Informationsdarstellung verwendete *Methode zur Informationsstrukturierung* als Erfassungsmethode lässt die gesamte Spannbreite der persönlichen und situativen Komponenten von Bewältigungsvorgängen erkennbar werden. Andererseits wurden sämtliche Probandinnen zu Beginn der Untersuchung (Erhebungszeitpunkt  $t_1$ ) im Rahmen der *Querschnittuntersuchung* einmalig einer Testbatterie zur Erfassung von für diese Studie arbeitspsychologisch relevanten Persönlichkeitsvariablen unterworfen. Die damit erzielten Querschnittsdaten sollen mit Hilfe statistischer Verfahren zu Gruppen so zusammengefasst werden, dass daraus voneinander klar abgrenzbare ‚*Rehabilitationstypen*‘ im Sinne der gesuchten differentiellen Persönlichkeitsprofile identifiziert werden können. Weiterhin soll geklärt werden, welche



Variablen zur Unterscheidung zwischen den Rehabilitationstypen geeignet bzw. ungeeignet sind. Schliesslich werden nach dem letzten Erhebungszeitpunkt ‚t<sub>4</sub>‘ sämtliche längsschnittlich und querschnittlich erhobenen Daten in Beziehung zueinander gesetzt und auf ihre Bedeutsamkeit hinsichtlich der Fördermöglichkeiten erwerbstätiger Frauen hin überprüft.

*Zur Erhebungsmethode:* Für die vorliegende Studie drängt sich ein auf der *Verhaltensebene* angesiedeltes Interviewverfahren auf. Im Bereich der Arbeitsanalyse existieren auf dieser Ebene wohl die verbreitetsten und methodisch reichhaltigsten Verfahren. Analyseverfahren, die verhaltensbezogen formuliert sind, findet man in besonders vielen Anwendungsmöglichkeiten, darunter in der Arbeitsgestaltung, der Berufsklassifikation und der Auswahl von Mitarbeitern. Für diese bietet sich die Konstruktion diagnostischer Verfahren als Arbeitsproben und Simulationen an, für die Leistungsbeurteilung entsprechend die Festlegung *verhaltensbezogener Erfolgskriterien*. Ein Beispiel für ein standardisiertes Verfahren, das gleichzeitig arbeitsplatzübergreifende Verhaltensbeschreibungen liefert, ist der ‚Fragebogen zur Arbeitsanalyse‘ (FAA, Frieling & Hoyos, 1978). Zur Erhebung der Bewältigungsversuche wird im Rahmen der Untersuchung auf das Interviewverfahren der ‚Methode kritischer Ereignisse‘ (*Critical Incident Technique, CIT*) zurückgegriffen. Dieses Instrument ist ursprünglich als Verfahren der *Leistungsbeurteilung am Arbeitsplatz* (Flanagan, 1954) konzipiert worden. Die Standardisierung beschränkt sich auf die Vorgabe einiger weniger Fragen, um die *Bedingungen erfolgskritischen Verhaltens* zu erfassen, wobei selbst für diese Fragen verschiedene Varianten möglich sind. Das Ergebnis besteht aus der Schilderung erfolgsrelevanten (‚kritischen‘) Verhaltens, das sich in günstigen Fällen unmittelbar als Material für diagnostische, z.B. situative Fragen, eignet. Zur Kategorisierung erfolgskritischer Ereignisse (Schlüsselereignisse) sollen die Dimensionen der *Bewältigungsformen*, wie noch unter 5.3. dargestellt wird, verwendet werden.

Damit nähert sich die gewählte Vorgehensweise der Methode der *quantitativen Inhaltsanalyse* (oder auch: ‚Textanalyse‘ bzw. ‚Content Analysis‘), wie sie beispielsweise von Mayring (2000) vertreten wird, an. Mit dieser Methode wird das Ziel verfolgt, Wortmaterial (= Texte) hinsichtlich bestimmter Aspekte – im vorliegenden Fall inhaltlicher, d.h. erfolgsrelevanter Art – auf der Grundlage einer festgelegten Anzahl von Kategorien – im vorliegenden Fall von Bewältigungsformen – zu quantifizieren. Die quantitative Inhaltsanalyse strebt damit eine Zuordnung der einzelnen Teile eines Textes zu ausgewählten, übergreifenden Bedeutungseinheiten (= Kategorien) an, die Operationalisierungen der interessierenden Merkmale darstellen. Die Häufigkeiten in den einzelnen Kategorien geben Auskunft über die Merkmalsausprägungen des untersuchten Textes. Nach Bortz & Döring (2002, S. 149) kann diese Vorgehensweise sowohl als Datenerhebungs- als auch als Auswertungsverfahren betrachtet werden. Tatsächlich integriert das Verfahren der Textanalyse beide Arten – je nachdem, von welcher Perspektive aus dieses Verfahren betrachtet wird: Als Methode zur Untersuchung eines ‚Textes‘ verwendet – dann als Datenerhebungsverfahren, oder als Methode der Quantifizierung eines interessierenden Merkmals verwendet – dann als Auswertungsverfahren nominal skalierten ‚Rohdaten‘, die dann mit entsprechenden interferenzstatistischen Verfahren verarbeitet werden können und Hypothesentests ermöglichen (vgl. Bortz & Lienert, 1998). Für die vorliegende Untersuchung wurden zur Identifizierung ‚erfolgskritischer Ereignisse‘ folgende idealtypische Fragen gestellt:

<b>Erläuterung zur Formulierung Kritischer Ereignisse (Verfahrensbeispiel)</b>	
Beschreiben Sie bitte möglichst konkret, was Sie inzwischen getan haben. Stellen Sie sich dazu die folgenden Fragen:  ° Was waren die Umstände oder Hintergrundbedingungen, die zu diesem Verhalten führten?  ° Beschreiben Sie Ihr konkretes Verhalten!  ° Was waren die Konsequenzen dieses Verhaltens?	<b>geltend ab 1. Befragungszeitpunkt</b>
Denken Sie an unsere letzte Besprechung zurück und stellen Sie sich folgende Frage:  ° Welches Ziel hatten wir uns am Schluss der Besprechung für den heutigen Zeitpunkt gesetzt?  Denken Sie nun an die Zeitspanne zwischen heute und unserer letzten Besprechung zurück!	<b>diese Fragen gelten lediglich ab dem 2. Befragungszeitpunkt</b>

Tabelle 5.3.: Erhebung erfolgskritischer Ereignisse mittels qualitativer Interviews

Es ist nach Durchsicht der relevanten Literatur allen Anschein nach eher unüblich, *psychometrische Gütekriterien* zur Erhebung erfolgskritischer Ereignisse zu diskutieren. Im Kontext der klassischen Testtheorie, wie sie insbesondere von Lienert & Raatz (1998) vertreten wird, werden als zentrale Gütekriterien quantitativer Messungen Objektivität, Reliabilität und Validität verwendet. Diese Konzepte werden in modifizierter Form auch in der qualitativen Forschung angewendet, wobei jedoch die Begriffe ‚Objektivität‘ und ‚Reliabilität‘ eher ungebräuchlich sind. Statt dessen spricht man von unterschiedlichen Kriterien der ‚Validität‘, die sicherstellen sollen, dass die verbalen Daten wirklich auch dasjenige zum Ausdruck bringen, was man erfassen wollte (Altheide & Johnson, 1994; & Mayring, 1996; Auhagen, 1998; Steinke, 1999; Flick, 2000). Trotzdem soll im folgenden zumindest auf die Möglichkeit der Bestimmung von Gütekriterien eingegangen werden. In diesem Sinne soll das *Interview als Erhebungsmethode* annähernd den folgenden vier Forderungen genügen: Es soll *objektiv*, *reliabel*, *valide* und gleichzeitig *ökonomisch* sein.

(a) Unter *Objektivität der Erhebungsmethode* wird das Ausmass verstanden, in dem die Ergebnisse einer Erhebung unabhängig vom Untersucher sind. Eine Erhebung wäre demnach vollständig objektiv, wenn unterschiedliche Untersucher bei denselben Versuchspersonen zu gleichen Ergebnissen gelangt. Lienert & Raatz (1998, S. 7) sprechen in diesem Sinne auch von „interpersoneller Übereinstimmung“ der Untersucher“. Dies erfordert eine exakte Beschreibung des methodischen Vorgehens im Sinne einer intersubjektiven Nachvollziehbarkeit und eine gewisse Standardisierung des Vorgehens. Es soll im Idealfall versucht werden, bei jeder Probandin ein identisches subjektives inneres Erleben zu erzeugen. In diesem Sinne sprechen Bortz & Döring (2002, S. 194) von *Durchführungsobjektivität*, wie sie beispielsweise durch einen Fragebogen annähernd zu gewährleisten versucht wird. Bei der Durchführung einer qualitativ konzipierten Studie allerdings muss offen bleiben, in wie weit diesem Kriterium entsprochen werden kann, zumal die Fragen an einzelne Personen häufig umformuliert werden müssen, um sie dem Verlauf des Gesprächs und dem Verständnis der Probandin anzupassen. Dahinter steht offensichtlich die Überlegung, dass man

unterschiedlichen Probandinnen Fragestellungen auch unterschiedlich präsentieren muss, um ihnen zu einem vergleichbaren Verständnis der Fragestellung zu verhelfen.

Die vorliegende Studie wird der Durchführungsobjektivität insofern gerecht, als einerseits für die Interviewmethode der kritischen Ereignisse idealtypische Fragen vorgegeben werden (vgl. Tabelle 5.2.). Das Ergebnis besteht – wie bereits oben erwähnt – aus der Schilderung erfolgsrelevanten (,kritischen‘) Verhaltens. Zur Kategorisierung der erhobenen erfolgskritischen Ereignisse (Schlüsselereignisse) werden formal festgelegte Dimensionen der *Bewältigungsformen*, wie unter 5.3.3. dargestellt werden wird, verwendet.

Weiterhin wurde im Sinne der *Auswertungsobjektivität* in einem ersten Vorversuch im Jahre 1999 gemeinsam mit einer Fachkollegin für Berufs- und Laufbahnberatung an der IV-Stelle Graubünden in Chur das gesamte qualitative Verfahren erprobt und bezüglich der Übereinstimmung der Ergebnisse überprüft. Es ergab sich überraschenderweise eine Übereinstimmung von mehr als 90 %. Unstimmigkeiten wurden im Nachhinein gemeinsam diskutiert. Allerdings, in welchem Ausmass letztlich das Ziel der Objektivität für die vorliegende Studie durch dieses Vorgehen tatsächlich realisiert wurde, ist eine empirisch ungelöste Frage.

(b) Unter *Reliabilität oder Zuverlässigkeit der Erhebungsmethode* versteht man den Grad der Genauigkeit, mit dem sie ein bestimmtes Verhaltensmerkmal misst, gleichgültig, ob sie dieses Merkmal auch zu messen beansprucht (Lienert & Raatz, 1998, S. 9). Eine Erhebungsmethode wäre demnach dann vollständig reliabel, wenn die mit ihrer Hilfe erzielten Ergebnisse die Versuchspersonen genau, d.h. fehlerfrei beschreiben. Diese Genauigkeit betrifft allerdings lediglich den beobachteten Messwert und nicht auch seinen Interpretationswert, also nicht die Frage, ob sie auch das misst, was sie messen soll. Namhafte qualitative Forscher, z.B. Lamnek (1993, S. 177) verneinen angesichts der Einzigartigkeit und Situationsabhängigkeit der erhobenen Daten grundsätzlich das Konzept der ,Wiederholungs-Reliabilität‘. Trotzdem ist der Autor der Überzeugung, dass dem Prinzip der ,Wiederholungs-Reliabilität‘ auch im Rahmen einer qualitativ ausgerichteten Studie zumindest näherungsweise Geltung verschafft werden sollte. Im Rahmen der vorliegenden Studie sollen folgende zwei Kriterien erfüllt werden:

- (1) Die Zuordnung von erfolgskritischen Aussagen (= Textteilen) zu Bewältigungsformen (= Kategorien) muss intersubjektiv nachvollziehbar sein.

Die einzelnen Kategorien müssen demnach aus Gründen der Nachvollziehbarkeit eindeutig definiert, klar abgrenzbar und erschöpfend sein. Im Kapitel 5.3. werden der Begriff ,Bewältigungsversuch‘ und die einzelnen Bewältigungsformen, die im Rahmen der vorliegenden Studie als erschöpfende Kategorien betrachtet werden, in diesem Sinne definitorisch klar voneinander abgegrenzt.

- (2) Es soll lediglich ein überschaubarer Umfang von Kategorien verwendet werden, damit die Grenzen der Gedächtnisleistung und Aufmerksamkeit der kodierenden Person nicht erreicht werden.

Die Zuordnung der einzelnen Texte in die jeweilige Kategorie erfolgt auf drei aufeinander folgenden Ebenen. Sie verlangen jeweils die Entscheidung der Zuordnung in eine von zwei vorgegebenen und eindeutig abgrenzbaren Merkmalen. Diese qualitativ ausgerichteten Kategorien sind also als nominalskalierte Merkmale zu betrachten, die zwei Abstufungen (dichotome Merkmale) aufweisen. In der vorliegenden Studie sind die einzelnen Kategorien

deshalb ‚modulartig‘ aufgebaut, d.h. die kodierende Person kategorisiert in einem ersten Schritt die einzelnen erfolgskritischen Ereignisse (= Texte) innerhalb zwei vorgegebenen Kategorien auf der ersten Ebene. In einem zweiten Schritt wird jeder auf der ersten kategoriellen Ebene Textteil erneut auf der Grundlage zweier klar definierter Bewältigungsformen klassifiziert (zweite kategorielle Ebene). Der dritte – und letzte – Arbeitsschritt (dritte Ebene) umfasst eine erneute Einordnung innerhalb zwei Abstufungen. Formalisiert kann der Zuordnungsmodus mit  $2 \times 2 \times 2$  charakterisiert werden.

(c) Die *Validität oder Gültigkeit einer Erhebungsmethode* gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem diese Erhebungsmethode dasjenige Verhaltensmerkmal, das sie messen soll, auch tatsächlich misst (Lienert & Raatz, 1998, S. 10). Eine Erhebungsmethode ist demnach vollständig valide, wenn ihre Ergebnisse einen unmittelbaren und fehlerfreien Rückschluss auf den Ausprägungsgrad des zu erfassenden Verhaltensmerkmals zulassen, wenn also der individuelle Punktwert einer jeweiligen Versuchsperson diesen auf der Merkmalsskala eindeutig lokalisiert. Es stellen sich hierzu folgende zu beantwortende Fragen:

- (1) Sind die Äusserungen während des Interviews unverfälscht und ehrlich, oder hat die befragte Person ihre Äusserungen verändert und verfälscht? War die interviewende Person überhaupt in der Lage, relevante Äusserungen zu erarbeiten?

Wichtig ist die Beantwortung insofern, als damit die Glaubwürdigkeit der gemachten Äusserungen in Frage gestellt wird. Letztlich kann auf diese Frage keine abschliessende Antwort gegeben werden, da das direkte Nachprüfen der Glaubwürdigkeit von Interviewäusserungen sowohl ethisch als auch inhaltlich problematisch bleibt: das idealerweise gleichberechtigte Verhältnis zwischen Forscher und Beforschten wird untergraben, sobald man den Probandinnen ‚Unehrlichkeit‘ in ihren Aussagen unterstellt. An Bedeutung gewinnt diese Frage allerdings dann, wenn man sich bewusst macht, in welchem Kontext diese Befragungen stattfinden – nämlich innerhalb eines ‚Zwangskontextes‘, wo die versicherten Personen durch IV-Fachpersonen hinsichtlich ihrer Möglichkeiten der erwerblichen Wiedereingliederung ‚abgeklärt‘ werden und sich damit möglicherweise Interessenkonflikte offenbaren zwischen der IV-Fachperson, die für die Durchsetzung der Invalidengesetzgebung verantwortlich ist, und der jeweiligen Klientin, die ihrerseits durchaus berechnete Interessen, wenn auch manchmal nicht offen kommunizierter Art ihrerseits verfolgt (vgl. hierzu ausführlich das zweite und vierte Kapitel). Diese Frage stellt sich einerseits trotz der eingehenden Orientierung der Probandinnen über Zweck und Vorgehen der Studie, andererseits trotz Zustimmung zur Teilnahme an der Studie.

- (2) Bilden die jeweiligen Protokolle die subjektiven Bewältigungsverläufe valide ab, oder sind sie durch Voreingenommenheiten und Unaufmerksamkeiten des Protokollanten verzerrt und verfälscht?

Wenn unabhängige Protokollanten dieselbe Bewältigungssequenz in übereinstimmender Weise protokollieren, ist eine wichtige Voraussetzung für eine valide Interpretation des Materials erfüllt. Die gesamte vorliegende Studie wurde allein vom Autor durchgeführt. Wie allerdings bereits unter der Rubrik ‚Objektivität‘ erwähnt, wurde im Rahmen eines Vorversuchs im Jahre 1999 gemeinsam mit einer Fachkollegin für Berufs- und Laufbahnberatung an der IV-Stelle Graubünden in Chur das gesamte qualitative Verfahren erprobt und bezüglich der Übereinstimmung der erhaltenen Ergebnisse überprüft. Das Ergebnis dieser parallelen, unabhängig voneinander vorgenommenen Kodierung ergab ein hohes Ausmass an Übereinstimmung (> 94 %).

- (3) Lässt sich nach Erhebung des Datenmaterials aussagen, dass mit den Interviewfragen das theoretische Konstrukt der ‚Bewältigungsformen‘ tatsächlich erfasst wurde (Konstruktvalidität)?

Die Bedeutung dieser Frage wird klar, wenn bedacht wird, dass mit der Suche nach der jeweils situationsbezogenen ‚Bewältigungsform‘ auf der Grundlage eines Interviewverfahrens die Suche nach einem *Konstrukt*, d.h. einer *nicht unmittelbar operational fassbaren komplexen Einheit* impliziert wird. Die Beantwortung dieser Frage im Rahmen dieser Studie erfolgt

- einerseits aufgrund theoretischer – sachlogischer und begrifflicher – Erwägungen, wie sie unter 5.3. erfolgen wird;
- andererseits anhand der auf empirischer Grundlage durchgeführten Analyse interindividueller Unterschiede in den Testergebnissen (Unterschiede in den jeweiligen Ausprägungen der Bewältigungsformen zwischen den einzelnen identifizierten Rehabilitationstypen).

(d) Das *Gütekriterium der Ökonomie* verlangt, dass über die Erhebungsmethode Angaben über die Durchführungszeit, die Menge des benötigten Materials und Erläuterungen zum Auswertungsmodus vorliegen sollen (Lienert & Raatz, 1998, S. 12). Für dieses Nebenkriterium existiert auf für ausschliesslich quantitativ ausgerichtete Studien kein zahlenmässiger Kennwert. Im Rahmen der vorliegenden Studie wird versucht, durch eine eingehende Darlegung im Sinne einer intersubjektiven Nachvollziehbarkeit so viel Informationen wie möglich zu geben. Anhand eines einleitenden ausführlichen Beispiels wird konkret über das Vorgehen Auskunft gegeben werden (vgl. 5.3.). Aus Ökonomiegründen (Übersichtlichkeit der Daten) und insbesondere aus Darstellungsgründen wurde bewusst darauf *verzichtet, mehr als 7 Bewältigungsversuche* während der gesamten Erhebungsperiode, also von  $t_1$  bis  $t_4$  zu erfassen.

Jede einzelne Probandin wurde aufgefordert, ihren individuellen Prozessablauf retrospektiv grob nachzuzeichnen. In einem zweiten Schritt wurden die wichtigsten Markierungspunkte analog der untenstehenden Kodierung der Bewältigungsversuche umfassender rekonstruiert. Als Orientierungspunkte zur Bestimmung der Wichtigkeit der jeweiligen Markierungspunkte im Interview wurden die unter 5.3.3. definierten *interindividuell vergleichbaren Prozesskategorien*, also die *Bewältigungsversuche* genutzt. Die Aufzeichnung der Markierungspunkte erfolgte auf schriftlicher Basis, da die Benutzung beispielsweise von Videoaufzeichnungen sämtlicher Besprechungen mit den 94 Probandinnen und deren Auswertung den Rahmen der Studie bei weitem gesprengt hätte. Der Vergleich der Markierungspunkte bzw. der einzelnen Bewältigungsversuche wurde nachträglich vom Autor selber vorgenommen, und zwar anhand eines Schemas, das unter 5.3.3. dargestellt wird.

Die Erhebungszeitpunkte richteten sich nach der subjektiv von den Probandinnen eingeschätzten Wichtigkeit einer neuerlichen Zusammenkunft mit der IV-Berufs- und Laufbahnberatung: Gemeinsam mit den Probandinnen wurde am Ende des jeweiligen Erhebungszeitpunktes ein neuerlicher Besprechungstermin festgelegt. Es wurde zusätzlich die Option angeboten, diesen Termin kurzfristig zu ändern. Mit dieser Vorgehensweise soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass chronologische Zeiteinheiten für den Ablauf psychischer Prozesse oft unbedeutend sind (vgl. hierzu z.B. Riegel, 1972): Bei der Wahl chronologisch gleicher Abstände zwischen den Erhebungszeitpunkten wird dies häufig nicht reflektiert. Andererseits können intraindividuelle Verläufe verschiedener Personen so stark variieren, dass letztlich kein Design, das interindividuell vergleichbare Prozessdaten produzieren soll, aus der Theorie über den zu untersuchenden Prozess zu begründen wäre.



Das theoretische und empirische Wissen reicht hier nicht aus. Gleiche chronologische Zeiteinheiten werden daher oft mehr als Notlösung gewählt. Psychische Prozesse sind immer sozial eingebettet. Markierungspunkte, Einschnitte im Prozessverlauf sind bei der Untersuchung eines bestimmten Problems sozial festgelegt und sozial kontrolliert. Sie sind für die Betroffenen daher häufig auch subjektiv bedeutsam (Strehmel, 1981). Diese Deckung objektiver Markierungspunkte mit subjektiv bedeutsamen Einschnitten hat sich der Autor der vorliegenden Studie bei der Planung und Durchführung des Längsschnittsdesigns dadurch zunutze gemacht, dass mit den einzelnen Probandinnen der jeweilige Zeitpunkt für das Folgegespräch individuell festgelegt wurde. Diese Vorgehensweise erwies sich im Nachhinein als begründet. Die individuellen Besprechungstermine waren nach den Ergebnissen der Untersuchung auch im subjektiven Erleben der Betroffenen deutliche Wendepunkte.

Der Vorteil eines solchen ausdrücklich einzelfallintensiven Vorgehens ist die Möglichkeit, durch die ‚Stauchung‘ des Beobachtungszeitraumes auch in einem weniger aufwendigen Design Aussagen über Prozesse zu erhalten. Diese können weiterhin zu einem interindividuellen Vergleich herangezogen werden, da damit ja die Möglichkeit des Vergleiches intraindividueller Prozessverläufe verschiedener Personen. Letztlich soll geprüft werden, ob gleiche Prozessverläufe bei mehreren Personen auftreten und ob sich die Verläufe in verschiedenen Gruppen von Personen systematisch unterscheiden lassen.

### 5.3. Definition des Begriffs ‚Bewältigungsversuch‘ - exemplarisches Beispiel

**Bewältigungsversuche** (nachfolgend mit ‚BV‘ abgekürzt) sind definiert als „konkrete einzelne Handlungen (einschliesslich kognitiver Verarbeitung), die sich auf eine oder mehrere gegebene Belastungen beziehen und ihrer subjektiven Intention nach auf Entlastung und Bewältigung abzielen“ (vgl. Ulich et al, 1985, 229).

Bewältigungsversuche werden (a) **belastungsbezogen** – nämlich berufliche Neuorientierung, erschwert durch eine körperlich-funktionelle Einschränkung - und (b) **bereichsspezifisch** - nämlich Integration in den Arbeitsmarkt - erfasst. Mit den längsschnittlichen multidimensionalen Kodierungen werden pro Person pro Zeitpunkt sämtliche auftretenden Bewältigungsversuche parallel erhoben. Folgende Dimensionen sind für die Auswertung von Bedeutung:

**(1) Bewältigungsformen** (nachfolgend mit ‚BF‘ abgekürzt): In Anlehnung an Lazarus (vgl. Lazarus & Launier, 1978, Thomae, 1968; Haan, 1977) werden Bewältigungshandlungen und **kognitive BF**, **anforderungsbezogene** und **selbstbezogene BF** und **offensive** (in Bezug auf kognitive BF)/**konstruktive** (in Bezug auf handlungsbezogene BF) und **defensive BF** unterschieden. Daraus ergibt sich folgende Ausprägungskonfiguration:

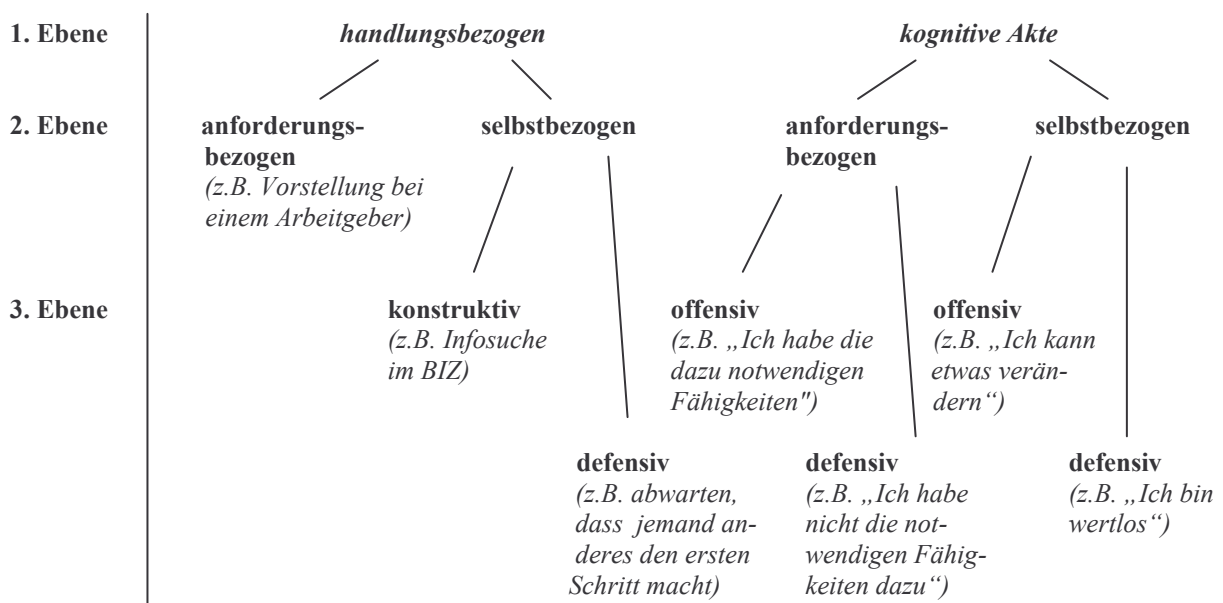


Abbildung 5.2.: Bewältigungsformen (BF)

In diesem Sinne wird formal unter einem ‚Bewältigungsversuch‘ beispielsweise die Ausprägungskonfiguration ‚kognitiv-anforderungsbezogen-offensiv‘ (abgekürzt ‚KAO‘) verstanden, die sich wiederum aus den drei erwähnten Bewältigungsformen zusammensetzt.

**(2) Definition von Handlungs- und Lageorientierung:** Die Erläuterung des Konzeptes der Handlungsorientierung nach Kuhl (1994; 1996) legt es nahe, Handlungs- und Lageorientierung auf der Grundlage der formal dargestellten Bewältigungsformen festzulegen. So kann ‚Handlungsorientierung‘ – definiert als Aktivität, die auf Handlungsalternativen und Pläne zur Überwindung der Diskrepanz zwischen Ist- und

Zielzustand gerichtet ist und gleichzeitig von positiven, handlungsfördernden Gefühlen begleitet wird – näherungsweise durch die Verhaltensindikatoren *„handlungsbezogen-anforderungsbezogen“*, *„handlungsbezogen-selbstbezogen-konstruktiv“*, *„kognitiv-anforderungsbezogen-offensiv“* und *„kognitiv-selbstbezogen-offensiv“* charakterisiert werden.

*„Lageorientierung“* hingegen – definiert als Aktivität, die nur auf die Analyse des gegenwärtigen, eines vergangenen oder eines intendierten zukünftigen Zustandes ohne handlungsmässige Umsetzung gerichtet ist und von negativen, handlungshemmenden Gefühlen begleitet wird – lässt sich weitgehend durch die Verhaltensindikatoren *„handlungsbezogen-selbstbezogen-defensiv“*, *„kognitiv-anforderungsbezogen-defensiv“* und *„kognitiv-selbstbezogen-defensiv“* definieren. Die genannten Verhaltens- oder Erlebnisindikatoren sind als indikativ für das angezielte theoretische Konstrukt der Handlungsorientierung zu bezeichnen.

**(3) Stand des Bewältigungsversuches:** Es wird festgehalten, ob ein BV zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt erst geplant (gekennzeichnet mit *„a“*) oder bereits eingeleitet (gekennzeichnet mit *„b“*) war, ob bereits Zwischenergebnisse vorliegen (gekennzeichnet mit *„c“*) oder ob der Bewältigungsversuch abgeschlossen ist (*„d“*). War es nicht möglich, eine Handlung in eine der drei Kategorien *„a“*, *„b“* oder *„c“* einzuordnen, wurde dieser nicht einzuordnende BV mit *„e“* gekennzeichnet.

**(4) Erfolg des Bewältigungsversuches:** Es wird kodiert, ob ein BV erfolgreich abgeschlossen wurde (gekennzeichnet mit *„E“*) oder nicht (gekennzeichnet mit *„M“* für den Misserfolg), oder ob er vor einer Entscheidung darüber von der Probandin selbst aufgegeben wurde (*„A“*).

Exemplarisch sei nachfolgend der Bewältigungsverlauf von Frau G. vom Zeitpunkt *„t1“* bis *„t4“* dargestellt:

Am *Beispiel von Frau G.* (Name der Versicherten geändert) soll der *Prozess der Bewältigung* näher erläutert werden. Die Probandin ist eine zum Zeitpunkt der Studie 40jährige Frau mit einem kaufmännischen Berufsabschluss. Vor der Geburt ihrer zwei Kinder arbeitete sie zu 50 % in ihrem erlernten Beruf. Danach Unterbrechung ihrer Tätigkeit. Wiederaufnahme der Tätigkeit nach sieben Jahren, erneut zu 50 %. Scheidung. Wegen einer funktionellen Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit muss sie ihre Tätigkeit auf ärztlichen Rat hin aufgeben. Anmeldung für berufliche Massnahmen bei der IV erst zum Zeitpunkt, als die Kinder das 15. Altersjahr erreicht hatten, da sie nun *„selbständig“* wären. Abbildung 5.4. soll den Bewältigungsverlauf und die dazu gehörigen BV verdeutlichen, die während der IV-Berufs- und Laufbahnberatung unternommen wurden.

Der Bewältigungsverlauf kann kurz in folgender Weise zusammenfassend beschrieben werden:

Bewältigungsversuch Nr.	1		2		3	4	Verdichtung der Bewältigungsversuche				
	kognitiv		handlungsbezogen		kognitiv	handlungsbezogen					
Ableger:	selbstbezogen/offensiv		selbstbezogen/konstruktiv		anford.bez./defensiv	anford.bezogen					
Inhalt:	Info-Sammlung bei BB	Gespräche	Info-Suche im BIZ	Ausbild.-unterlagen einholen	Selbstzweifel						
	1.1.	1.2.	2.1.	2.2.	3.	4.	1	2	3	4	Total
Zeitpunkt											
t1	b	b					2				2
t2	b	d	c	b/E			2	2/1E			4/1E
t3					e				1		1
t4						d/E			1/1E		1/1E
Total	2	2	1	1	1	1	4	2	1	1	8/2E

Legende: a = geplant; b = eingeleitet; c = laufend mit Zwischenergebnissen;  
d = abgeschlossen; e = nicht einzuordnen  
E = Erfolg; M = Misserfolg; A = Aufgabe

Abbildung 5.3.: Bewältigungsverlauf von Frau G.

Zum **Erhebungszeitpunkt ,t<sub>1</sub>'**, beim Erstgespräch, zeigte sich Frau G. ratlos, jedoch hoffnungsvoll in Bezug auf eine Umschulung in eine behinderungsgerechte Tätigkeit. Der Erhebungszeitpunkt ,t<sub>1</sub>' diente Frau G. dazu, sich ein Bild davon machen zu können, ob eine Umschulung überhaupt sinnvoll ist. Zum gleichen Zeitpunkt erfolgte eine Neigungsabklärung (AIST, NST, PF-16-R) (gesamte Kodierung ,KSO': für 1. ,kognitiv', ferner 1.1. ,selbstbezogen/offensiver BV'; **Informationssammlung** bei der Berufs- und Laufbahnberatung; mit ,b' als Kennzeichen einer eingeleiteten Handlung gekennzeichnet). Gleichzeitig informiert sie die IV-Berufs- und Laufbahnberatung, dass sie bereits vor dem Erstgespräch begonnen hat, intensive Gespräche mit Freunden und Bekannten über ihre berufliche Neuorientierung zu führen (Kodierung 1.2. für ,kognitiv/selbstbezogen/offensive BV'; **Gespräche**, mit ,b' gekennzeichnet als ,eingeleitete Handlung').

**Fazit:** Zwei BV zum **Erhebungszeitpunkt ,t<sub>1</sub>'**.

Zum **Zeitpunkt ,t<sub>2</sub>'** änderte sich der BV: Frau G. suchte nach Abschluss der Gespräche (1.2. und ,d' als ,abgeschlossen') mit Bekannten und der weiteren Auseinandersetzung mit der IV-Berufs- und Laufbahnberatung (1.1. ,b' als ,eingeleitet') inzwischen konkret nach Möglichkeiten im Schnittpunkt der Bereiche ,Ernährung/Soziales', indem sie sich im Berufsinformationszentrum BIZ in Chur Ausbildungsunterlagen zu Tätigkeiten im Bereich ,Ernährung/Soziales' besorgte (,HSK' für 2. ,handlungsbezogen' und 2.1. ,selbstbezogen/konstruktiv'; **Info-Suche im BIZ**, mit ,c' gekennzeichnet als ,laufend mit Zwischenergebnissen'). Es folgten mehrere telefonische Abklärungen von Frau G. an

unterschiedlichen Ausbildungsstätten. Ziel: Unterlagen zusenden lassen (,HSK‘ für 2. ,handlungsbezogen‘ und 2.2. ,selbstbezogen/konstruktiv‘; **Ausbildungsunterlagen einholen**). Bereits am Telefon erhält sie eine Zusage für ihre Teilnahme an einer Aufnahmeprüfung (Kodierung: ,b‘ als ,eingeleitet‘ und ,E‘ als ,Erfolg‘).

*Fazit:* Es wurden vier BV zum **Erhebungszeitpunkt ,t<sub>2</sub>‘** identifiziert.

Zwischen ,t<sub>2</sub>‘ und ,t<sub>3</sub>‘ fing die Klientin an, an den eigenen Lern- und Leistungsressourcen zu zweifeln, da sie bereits seit fast 20 Jahren nicht mehr „die Schulbank gedrückt“ hat (Kodierung: ,KAD‘ für 3. ,kognitiv‘ und 3.1. ,anforderungsbezogen/defensiv‘; **Selbstzweifel**; gekennzeichnet mit ,e‘ als ,nicht einzuordnen‘).

*Fazit:* Ein einzelner BV zum **Erhebungszeitpunkt ,t<sub>3</sub>‘**.

Nach erfolgreicher Intervention (Thema: Motivation und Bearbeitung der Selbstzweifel) durch die IV-Berufs- und Laufbahnberatung zum Erhebungszeitpunkt ,t<sub>3</sub>‘ konnte sich Frau G. definitiv für eine Ausbildung zur Atemtherapeutin entscheiden (**Erhebungszeitpunkt ,t<sub>4</sub>‘**; Kodierung: ,HA‘ für 4. ,handlungsbezogen‘ und ,anforderungsbezogen‘; **Bewerbung / Aufnahmeprüfung**, gekennzeichnet mit ,d‘ für ,abgeschlossen‘ und ,E‘ für ,Erfolg‘).

*Fazit:* Wiederum ein einzelner BV zum **Erhebungszeitpunkt ,t<sub>4</sub>‘**.

Frau G. bestand die Aufnahmeprüfung glänzend. Ihre Ausbildung hat sie inzwischen erfolgreich abschliessen können.

*Insgesamt betrachtet* erscheint der Bewältigungsverlauf von Frau G. als sehr konsequent, so dass in diesem Zusammenhang von einem eigentlichen ,*Bewältigungspfad*‘ gesprochen werden kann. Ein Kriterium für die Beurteilung eines Bewältigungsverlaufs würde demnach das *Ausmass der Vernetzung der einzelnen Bewältigungsversuche* hinsichtlich der Persönlichkeitsdisposition der ,Handlungsorientierung‘ sein. Tatsächlich überwiegen während der gesamten Abklärungsphase die ,handlungsorientierten‘ Anteile (vier Anteile ,kognitiv-selbstbezogen-offensiv‘, zwei Anteile ,handlungsbezogen-selbstbezogen-konstruktiv‘, ein Anteil ,handlungsbezogen-aufgabenbezogen‘) gegenüber ,lageorientierten‘ Anteilen (ein einzelner Anteil ,kognitiv-anforderungsbezogen-defensiv‘). Es kann interpretativ davon ausgegangen werden, dass bei dieser Probandin mit hoher Wahrscheinlichkeit „die Höhe der Zielbindung sowohl mit der wahrgenommenen Realisierbarkeit als auch mit der Bedürfniskongruenz von Zielen in positivem Zusammenhang“ (Brunstein, 2001) steht.

#### **5.4. Zur Auswahl der ,Persönlichkeitsdispositionen‘ - verwendete Testverfahren**

Zusätzlich zur Identifizierung des Bewältigungsverlaufes werden bei sämtlichen Probandinnen zum Erhebungszeitpunkt ,t<sub>1</sub>‘ mit Hilfe von zwei Testverfahren relativ konstante und übergreifende arbeitsrelevante Persönlichkeitsmerkmale erhoben. Das Ziel dieses Vorgehens ist, entsprechend der ersten *strukturidentifizierenden Fragestellung* die *Identifikation differentieller Persönlichkeitsprofile*. Hierzu werden zunächst einmal die folgenden Fragebogenverfahren verwendet:

- AVEM; ,Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster‘ von Schaa-schmidt & Fischer (1996);



- IPS; ‚Inventar zur Persönlichkeitsdiagnostik in Situationen‘ von Schaarschmidt & Fischer (1999)

Die Identifikation dieser differentiellen Persönlichkeitsprofile geschieht auf der Grundlage der jeweiligen Testvariablen und der Testergebnisse. Das exakte Vorgehen wird im Kapitel 5.5. noch ausführlich dargestellt werden.

Zusätzlich wird einerseits mittels eines Screening-Verfahrens, der ‚Symptom-Checkliste von Derogatis‘ (SCL-90-R – Deutsche Version –, Franke, 1995) das Ausmass des subjektiv empfundenen Leidensdrucks erhoben. Das Ausmass der Zufriedenheit mit dem Einkommen als weitere interessierende Variable wird andererseits mit dem ‚Fragebogen zur Lebenszufriedenheit‘ (FLZ; Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2000) ermittelt.

(a) Mit dem *AVEM* (‚Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster‘; Schaarschmidt & Fischer, 1996) steht ein ökonomisch anwendbares, mehrdimensionales persönlichkeitsdiagnostisches Fragebogenverfahren zur Verfügung, mit dem differenzierte Selbsteinschätzungen zum Verhalten und Erleben in bezug auf Arbeit und Beruf sowie unmittelbar damit verbundene Bereiche erhoben werden können. Das Testverfahren eignet sich im Rahmen arbeits- und gesundheitspsychologischer Fragestellungen (als Beispiel sei auf Schaarschmidt & Fischer, 2001, verwiesen). Auf der Grundlage von Profilbetrachtungen über die einbezogenen Merkmalsdimensionen erlaubt das Verfahren Aussagen über gesundheitsförderliche bzw. –gefährdende Verhaltens- und Erlebensmuster in bezug auf Arbeits- und Berufsanforderungen. Damit bietet es sich für die Begründung und Ableitung präventiver Massnahmen an, wobei sowohl an personenbezogene als auch an arbeitsgestalterische Interventionen zu denken ist.

Theoretisch knüpft das Verfahren an solche gesundheitspsychologischen Konzepte an, die die Art und Weise, wie sich Menschen beanspruchenden Situationen stellen, zum entscheidenden Kriterium psychischer Gesundheit machen. Hier sei lediglich auf die von Antonovsky (1979), Udris (1990) u.a. vertretenen Ressourcen-Theorien (vgl. hierzu Weiss, 1999) und nicht zuletzt auch auf das transaktionale Stress- und Coping-Konzept von Lazarus (Lazarus & Folkman, 1987) verwiesen. Dieses Verfahren bildet auf der Grundlage von elf Grunddimensionen mit drei Sekundärfaktoren (Schaarschmidt & Fischer, 1996, S. 8f.) einen inhaltlichen Bereich ab, dem in Hinblick auf gesundheitsbezogene Aussagen eine eigenständige Bedeutung zukommt, nämlich Arbeitsengagement, Widerstandsfähigkeit / Bewältigungsverhalten und Lebensgefühl. In Bezug auf Gütekriterien und die Verfahrenskonzeption wird auf das Manual des AVEM (Schaarschmidt & Fischer, 1996) verwiesen.

(b) Mit dem *IPS* (‚Inventar zur Persönlichkeitsdiagnostik in Situationen‘; Schaarschmidt & Fischer, 1999) steht ein Verfahren in Fragebogenform zur Verfügung, das die Selbsteinschätzung des Verhaltens und Erlebens in bezug auf die Auseinandersetzung mit wesentlichen, überwiegend alltäglichen Lebensanforderungen verlangt. Als Zielpublikum wird diejenige Personengruppe definiert, die sich im Arbeits- oder Ausbildungsprozess befindet (Schaarschmidt & Fischer, 1999, S.9).

Mit Hilfe des IPS ist es möglich, das Bewältigungsverhalten auf der Grundlage von 15 Persönlichkeitsmerkmalen in folgenden drei Anforderungsbereichen zu identifizieren, nämlich im sozial-kommunikativen, im Leistungs- und im Gesundheits- und Erholungsbereich. Das Verfahren erlaubt auf der Basis der Profilbetrachtung eine Einschätzung von Verhaltens- und Erlebensmustern hinsichtlich ihrer ‚Günstigkeit‘ im Berufsalltag und des Interventionserfordernisses (Schaarschmidt & Fischer, 1999, S. 14). Zu

den Gütekriterien und der Verfahrenskonzeption wird auf das Manual (Schaarschmidt & Fischer, 1999) verwiesen.

(c) Beim *SCL-90-R-Testverfahren* (*Symptom-Checkliste nach Derogatis*; Franke, 1995) handelt es sich um ein häufig eingesetztes Screening-Verfahren zur Erfassung psychiatrisch relevanter Auffälligkeiten. Der SCL-90-R bietet ausgewertet einen Überblick über die psychische Symptombelastung der Person auf neun Skalen und drei Globale Kennwerte, weshalb dieses Testverfahren auch zunehmend Verbreitung in der Untersuchung der psychischen Belastung bei Patientengruppen mit körperlichen Erkrankungen findet (z.B. Taylor, Lorentzen & Blank, 1990, bei Patientengruppen mit chronischem Schmerz). Im Rahmen der vorliegenden Studie interessiert das Antwortverhalten zum GSI (Global-Severity-Index), der die grundsätzliche psychische Belastung der untersuchten Person misst (Franke, 1995, S. 11).

In Bezug auf die teststatistischen Kennwerte sei auf das Handbuch von Franke (1995, S. 17) verwiesen.

(d) Das *FLZ-Fragebogenverfahren* (*Fragebogen zur Lebenszufriedenheit*; Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2000) bildet das Ausmass der Zufriedenheit in zehn unterschiedlichen Lebensbereichen ab. Für die vorliegende Studie interessierte allerdings lediglich der Bereich der ‚Finanziellen Lage‘. Das Ausmass der Zufriedenheit mit der derzeitigen finanziellen Lage soll in Beziehung zum jeweiligen differentiellen Persönlichkeitsprofil gesetzt werden. Untersucht wird, ob ein Zusammenhang zwischen dem Profil und der Zufriedenheit mit dem Einkommen besteht. Die Ausmass der Zufriedenheit mit der ‚Finanziellen Lage‘ wird auf der Grundlage der Antworten (siebenstufige Antwortskala) auf sieben Fragen ermittelt (Beispielitem: „Mit der Sicherung meiner wirtschaftlichen Existenz bin ich ...“).

Hinsichtlich der Gütekriterien wird wiederum auf das Manual zum Testverfahren verwiesen (Fahrenberg et al., 2000).

### **5.5. Empirisches Rahmenmodell zur Identifizierung rehabilitationsförderlicher und rehabilitationsbehindernder Variablen bei der Reintegration erwerbsfähiger Frauen – differentielle Persönlichkeitsprofile als eigenständige Rehabilitationstypen**

In den vorherigen Kapiteln der Studie war versucht worden zu zeigen, dass die Invalidengesetzgebung IVG trotz ausdrücklich formulierter Gleichstellung der Geschlechter in Bezug auf eine erwerblich-rehabilitativen Massnahme eine ausgeprägte Tendenz zur Bevorzugung vollzeiterwerbstätiger Personen ohne häusliche Aufgaben wie beispielsweise Erziehung von Kindern oder Haushaltsführung birgt. Diese Bedingung wird allerdings oft nur von Männern erfüllt, Frauen erfüllen diese Bedingung bei weitem weniger. Obwohl in der Literatur Überlegungen zur erschwerten erwerblichen Rehabilitation von Frauen zu finden sind, wurde nach Wissen des Autors keine empirische Studie verfasst, die sich mit der Frage arbeitspsychologischer Voraussetzungen für die Förderung erwerbstätiger Frauen mit Erziehungs- und Haushaltsaufgaben, deren erwerbliche Rehabilitation durch einen Gesundheitsschaden erschwert ist, auseinandersetzt.

Für viele wissenschaftliche und praktische Fragestellungen geht es darum, den Wirkungszusammenhang zwischen zwei oder mehreren Variablen zu untersuchen. Die vorliegende empirische Studie kann vom Untersuchungstyp her als *explorative Studie* mit *empirisch-quantitativen* und *empirisch-qualitativen Anteilen* (Bortz & Döring, 2002, S. 373 und S. 385) bezeichnet werden. Sie zielt, zumal das theoretische Vorverständnis zum Themenkomplex noch nicht soweit elaboriert und fokussiert ist, dass sich gezielt operationale und schliesslich auch statistische Hypothesen formulieren lassen, auf die Entwicklung wissenschaftlich prüfbarer Hypothesen ab.

Sie gliedert sich in einen *querschnittlichen* und einen *längsschnittlichen Teil*. Im Rahmen des *querschnittlichen* Teils sollen aus der Vielzahl möglicher arbeitspsychologisch relevanter Variablen aus der Verwendung des ‚Arbeits-, Verhaltens- und Erlebnismusters‘ (AVEM) (11 Variablen) und des ‚Inventars für Persönlichkeitsdiagnostik in Situationen‘ (IPS) (15 Variablen) (vgl. ausführlich unter 5.4.) *voneinander unabhängige Rehabilitationstypen herauskristallisiert* werden, die dann weiteren Querschnittanalysen zugrunde gelegt werden können. Der *längsschnittliche* Teil orientiert sich an die im Rahmen der Querschnittsanalyse identifizierten differentiellen Rehabilitationstypen. Es soll die Frage beantwortet werden, ob den jeweiligen Rehabilitationstypen – auf der Grundlage des Konstruktes der ‚Handlungsorientierung‘ von Kuhl (1994, 1996) – klar voneinander abgrenzbare Bewältigungsverläufe zugeordnet werden können.

Methodisches Hilfsmittel für die Datenreduktion im Rahmen der Querschnittanalyse ist in den Sozialwissenschaften das *Strukturen entdeckende Verfahren* der *Faktorenanalyse*, womit versucht wird, einen Beitrag zur Entdeckung von untereinander unabhängigen Beschreibungs- und Erklärungsvariablen zu leisten. Dieses Vorgehen wird deshalb innerhalb der Querschnittanalyse für den *ersten Analyseschritt* dieser Datenreduktion gewählt. In Abbildung 5.4. wird es dargestellt:

Methode	Ziel
(1) Standardisierung der Daten der einzelnen Dimensionen in z-Werte	Gewährleistung der Vergleichbarkeit der Variablen durch identischen Mittelwert $M = 0$ und Streuung $SD = 1$
(2) ‚Bartlett-Test-of-sphericity‘ und ‚Kaiser-Meyer-Olkin‘-Kriterium (MSA-Analyse)	Prüfung der Eignung der Variable für eine Faktorenanalyse (Aussortierung irrelevanter Variablen); Überprüfung der Hypothese, ob die Stichprobe aus einer Grundgesamtheit entstammt, in der die Variablen unkorreliert sind
(3) Begrenzung auf 17 Dimensionen	Ergebnis des Ausschlusses der Variable, bis alle variablenspezifischen MSA-Kriterien $> 0.5$
(4) Extraktion der Faktoren auf der Grundlage der 'Principal Component Analysis' mit der Rotations-Methode ‚Varimax‘	Bestimmung der Extraktionsmethode auf der Grundlage der Frage nach einem umfassenden Begriff für die hoch ladenden Variablen
(5) Begrenzung der Faktorenanzahl auf der Grundlage des ‚Kaiser‘-Kriteriums und des ‚Scree‘-Tests	Faktoren, deren Eigenwerte kleiner als 1 sind, bleiben unberücksichtigt; Vergleich mit dem Eigenwertediagramm aus dem ‚Scree‘-Test
(6) Faktorinterpretation	

Abbildung 5.4.: Vorgehen bei der Faktorenanalyse

Im Rahmen des *zweiten Analyseschrittes* soll ein weiteres *Strukturen entdeckendes Verfahren* eingesetzt werden. Daher erfolgt vorab durch den Anwender keine Zweiteilung der Variablen in abhängige und unabhängige Variablen, wie es bei den Strukturen prüfenden Verfahren der Fall ist. Während die Faktorenanalyse eine Verdichtung oder *Bündelung von Variablen* vornimmt, wird mit der *Clusteranalyse* eine *Bündelung von Objekten* angestrebt. Das Ziel ist dabei, die Objekte so zu Gruppen (= Clustern) zusammenzufassen, dass die Objekte in einer Gruppe möglichst ähnlich und die Gruppen untereinander möglichst unähnlich sind. Beispiele sind die Bildung von Persönlichkeitstypen auf Basis der psychografischen Merkmale von Personen oder die Bildung von Marktsegmenten auf Basis nachfragerrelevanter Merkmale von Käufern. Die Mitgliederinnen einer Gruppe sollen – anders erklärt – dabei eine weitgehend verwandte Eigenschaftsstruktur aufweisen; d.h. sich möglichst ähnlich sein. Zwischen den zu identifizierenden Rehabilitationstypen sollen demgegenüber (so gut wie) keine Ähnlichkeiten bestehen. Ein wesentliches Charakteristikum der Clusteranalyse ist die gleichzeitige Heranziehung *aller* vorliegenden Eigenschaften zur Gruppenbildung. Bei allen Problemstellungen, die mit Hilfe einer Clusteranalyse gelöst werden können, geht es immer um die Analyse einer *heterogenen Gesamtheit von Objekten* mit dem Ziel, *homogene Teilmengen von Objekten* aus der Objektgesamtheit zu identifizieren. Die Gruppeneinteilung wird auch als Klassifikation oder Typologie bezeichnet (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2000, S. XXV). Eine Typologie wird dann als gelungen betrachtet, wenn die Gruppen möglichst homogen sind und sich klar voneinander unterscheiden. Dann lassen sie sich durch Repräsentanten beschreiben, die bezüglich der Variablen ein gruppentypisches Profil besitzen.

Abbildung 5.5. gibt einen Überblick über das im Rahmen dieser Studie gewählten Vorgehen der Clusteranalyse.

Methode	Ziel
(1) Anwendung des ‚Single-Linkage‘-Verfahrens	Identifikation und Elimination möglicher Ausreisser in der vorgegebenen Objektmenge von N = 94
(2) Anwendung des ‚K-means‘-Verfahrens auf N = 93	Festlegung der Clusteranzahl auf 3

Abbildung 5.5.: Vorgehen bei der Clusteranalyse

Zur Überprüfung der Ergebnisse einer Clusteranalyse kann die *Diskriminanzanalyse* als *Strukturen prüfendes Verfahren* herangezogen werden. Ziel der Diskriminanzanalyse ist es, die Werte einer abhängigen (zu erklärenden) Variablen durch die Werte einer oder mehrerer unabhängiger (erklärenden) Variablen zu erklären. Dabei sollen nicht nur Zusammenhänge zwischen den Variablen entdeckt, sondern auch unbekannte Werte der abhängigen Variablen anhand der Werte aus den erklärenden Variablen vorhergesagt werden. Insoweit stimmt das Ziel der Diskriminanzanalyse mit dem einer Regressionsanalyse überein. Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Verfahren besteht in der Art der Werte der abhängigen Variablen: Während mit einer Regressionsanalyse nur abhängige Variablen mit Intervallskalenniveau untersucht werden können, versucht die Diskriminanzanalyse, eine Zuordnung von Fällen zu einer von mehreren alternativen Gruppen vorzunehmen. Die Werte der abhängigen Variablen geben also lediglich eine Gruppenzugehörigkeit an und besitzen damit Nominal- oder Ordinalskalenniveau. Ein typischer Anwendungsfall der Diskriminanzanalyse ist beispielsweise die Beantwortung der Frage, ob und wie sich Wähler unterschiedlicher Parteien hinsichtlich soziografischer und psychografischer Merkmale unterscheiden. Eine weitere Anwendungsmöglichkeit findet dieses Verfahren in der Prüfung

der Eignung eines Stellenbewerbers für eine besondere Position, wo eine Personalfachperson auf der Grundlage ihrer in bisherigen Personalbeurteilungen gesammelten Erfahrungen mit Merkmalen von Stelleninhaberinnen derselben Branche wie beispielsweise Kommunikationsbereitschaft versuchen, Rückschlüsse auf die Stelleneignung einer Bewerberin zu ziehen. Anders ausgedrückt: Nachdem für eine gegebene Menge von Elementen die Zuordnung zwischen den Gruppenzugehörigkeit der Elemente und ihren Merkmalen analysiert wurden, lässt sich darauf aufbauend eine Prognose der Gruppenzugehörigkeit von neuen Elementen vornehmen.

In Bezug auf die vorliegende Studie werden also mit Hilfe der Diskriminanzanalyse folgende Fragen zu beantworten sein:

- Frage 1:* Unterscheiden sich die Rehabilitationstypen signifikant voneinander hinsichtlich der Variablen?  
*Frage 2:* Welche dieser Variablen sind zur Unterscheidung zwischen den Rehabilitationstypen geeignet bzw. ungeeignet?  
*Frage 3:* Mit welcher Genauigkeit lässt sich die Gruppenzugehörigkeit neuer Probandinnen vorhersagen (Klassifizierung)?

Abbildung 5.6. gibt einen Überblick über das im Rahmen dieser Studie gewählten Vorgehen der Diskriminanzanalyse:

Methode	Ziel
(1) Direkte Methode („unabhängige Variablen zusammen aufnehmen“)	Simultane Aufnahme sämtlicher Variablen in die Diskriminanzfunktion
(2) Prüfung der Trennkraft (Güte) der Diskriminanzfunktion durch Wilks' Lambda	Messung der Unterschiedlichkeit der drei Rehabilitationstypen
(3) Univariate ANOVA	Prüfung der Merkmalsvariablen auf Eignung für die jeweiligen Rehabilitationstypen
(4) A-priori-Wahrscheinlichkeit	Annahme, dass die Zugehörigkeit jeder Probandin zu jedem Rehabilitationstyp gleich wahrscheinlich ist wie die Klassifizierung neuer Elemente (IV-Klientinnen)
(5) „Fishers's-Klassifizierungsfunktion“	Errechnung der Genauigkeit der Klassifizierung neuer Elemente

Abbildung 5.6.: Vorgehen bei der Diskriminanzanalyse

Unter Zugrundelegung der identifizierten Diskriminanzfunktionen ist es möglich, die Gruppenzugehörigkeit der einzelnen Probandinnen in Bezug auf die vier vorher definierten Gruppen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu bestimmen.

Die Durchführung sowohl der Faktoren-, als auch der Cluster- und der Diskriminanzanalyse erfolgte mit Hilfe des „SPSS for Windows“-Statistikpaketes, Version 11.0.

Eine weiterführende Detailanalyse der jeweiligen Rehabilitationstypen soll Aufschluss geben über Belastungserleben, arbeitszeitlicher und ökonomischer Zusammensetzung. Sie erfolgt auf der Grundlage verteilungsfreier (d.h. nonparametrischer) statistischer Testverfahren, wie sie von Bortz & Lienert (1998) – im übrigen ein äusserst empfehlenswertes statistisches Werk – vorgeschlagen werden. Ein statistisch signifikantes Ergebnis, das durch die Verwendung eines exakten verteilungsfreien statistischen Verfahrens erzielt wird, weist nach Bortz & Lienert



(1998, S. 42) in der Regel auf einen grossen Effekt hin ( $\epsilon = 0.8$ ), d.h. es mag 'klinische' Bedeutsamkeit haben. Allerdings muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass dadurch, dass diesem Auswertungsschritt ein anderer Auswertungsschritt wie die Clusteranalyse vorausgegangen ist, den erzielten Ergebnisse wiederum lediglich explorative Bedeutung zugemessen werden kann. Die Ermittlung der Prüfverteilungen erfolgt jeweils von Hand mit Hilfe eines Taschenrechners.

Die folgende Abbildung zeigt den Prüfvorgang auf:

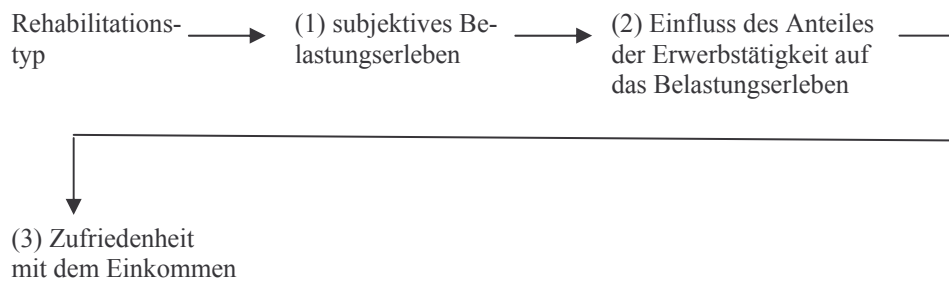


Abbildung 5.7.: Detailanalyse der differentiellen Rehabilitationstypen

(ad 1) Die Probandinnen der jeweilig identifizierten *Rehabilitationstypen* werden hinsichtlich ihres *subjektiven Belastungserleben* untersucht. Dabei wird die Frage zu beantworten sein, ob sich die Probandinnen der einzelnen Rehabilitationstypen in ihrem subjektiven Belastungserleben voneinander unterscheiden.

(ad 2) Es wird zu identifizieren sein, ob das jeweilige *Ausmass an Erwerbstätigkeit* in Beziehung zu den einzelnen Rehabilitationstypen steht, und ob differentielle Aussagen über den Zusammenhang zwischen Rehabilitationstyp, subjektivem Belastungserleben und Ausmass der Erwerbstätigkeit möglich sind.

(ad 3) In einem weiteren Schritt interessiert das Erklärungspotential des Ausmasses an *finanzieller Zufriedenheit* in Bezug auf das jeweilige Rehabilitationsprofil. Auf einer noch detaillierteren Ebene wird untersucht werden, ob sich ein Zusammenhang zwischen Rehabilitationstyp, subjektivem Belastungserleben, Ausmass der Erwerbstätigkeit und finanzieller Zufriedenheit herstellen lässt.

Die jeweiligen Hypothesen zu diesen unterschiedlichen Fragestellungen werden, da die Struktur der jeweiligen differentiellen Persönlichkeitsprofile noch nicht bekannt ist, erst in Zusammenhang mit der konkreten Beantwortung formuliert.

Im Zentrum des *längsschnittlichen Studienteils* (6.8.) steht die Beurteilung des Verlaufes einer IV-Berufs- und Laufbahnberatung hinsichtlich der Abklärung der erwerblichen Eingliederungsmöglichkeiten. Die Beurteilung der jeweiligen Verlaufskurven erfolgt auf der Grundlage nonparametrischer Testverfahren (Bortz & Lienert, 2000) (Ausrechnung von Hand mit Hilfe eines Taschenrechners). Auch in diesem Fall werden die dazugehörigen Hypothesen erst im Zusammenhang mit der Durchführung des längsschnittlichen Studienteils formuliert werden, d.h. nach Festlegung und Beschreibung der jeweiligen differentiellen Rehabilitationsprofile.

## 6. Ergebnisse der empirischen Explorationsuntersuchung: Differentielle Persönlichkeitsprofile - ihr Einfluss als interventionsgebundener Faktor auf den Verlauf der erwerblichen Rehabilitation

### 6.1. Ergebnisse der explorativen Faktorenanalyse - Bestimmung der Grundfaktoren

Die Güte der Ergebnisse einer Faktorenanalyse ist abhängig von der Zuverlässigkeit der Ausgangsdaten. Es muss deshalb besondere Sorgfalt auf die Wahl der Untersuchungsmerkmale verwendet werden. Insbesondere ist darauf zu achten, dass die in die vorliegende Studie einbezogenen Variablen auch für den Untersuchungsgegenstand relevant sind. Irrelevante Variablen sind deshalb auszusortieren, ähnlich erachtete Variablen zusammenzufassen. Insbesondere sollten die befragten Personen einer möglichst homogenen Stichprobe entstammen, da das Ausmass des Zusammenhanges zwischen den Variablen durch den Homogenitätsgrad der Untersuchungsstichprobe beeinflusst wird.

Es empfiehlt sich allerdings vor der Durchführung einer Faktorenanalyse, die Ausgangsdatenmatrix vorab zu standardisieren, um die im Rahmen der Faktorenanalyse erforderlichen Rechenschritte und die Interpretation der erhaltenen Daten zu erleichtern. Durch die vorgenommene Transformation der Beobachtungswerte einer jeweiligen Variable in standardisierte z-Werte wird eine Vergleichbarkeit der einzelnen Variablen, die in unterschiedlichen Masseinheiten erhoben wurden, möglich (Mittelwert  $M = 0$ ; Streuung  $SD = 1$ ). Der ‚Bartlett-Test-of-Sphericity‘ (Bortz, 1989, S. 344) überprüft die Hypothese, ob die Stichprobe aus einer Grundgesamtheit entstammt, in der die Variablen unkorreliert sind. Es werden folgende Hypothesen formuliert:

$H_0$ : Die Variablen in der Erhebungsgesamtheit sind unkorreliert

$H_1$ : Die Variablen in der Erhebungsgesamtheit sind korreliert

Für die vorliegende Stichprobe erbringt der Bartlett-Test folgende Prüfgrösse:

Approx. Chi-Square  $df = 136 = 1638.130$

Setzt man als kritische Irrtumswahrscheinlichkeit einen Wert von .05 fest, so ist für die vorliegende Stichprobe die Nullhypothese anzunehmen und folglich die Korrelationsmatrix nur zufällig von der Einheitsmatrix verschieden. Das lässt dann den Schluss zu, dass die Ausgangsvariablen unkorreliert sind. Eine weitere Entscheidungshilfe, die Korrelationsmatrix auf ihre Brauchbarkeit hin zu überprüfen, empfiehlt sich auf der Basis des ‚Kaiser-Meyer-Olkin-Kriteriums‘. Durch dieses Verfahren ergibt sich eine Prüfgrösse, die als ‚Measure of Sampling adequacy‘ (MSA) bezeichnet wird. Das MSA-Kriterium – der Wertebereich liegt zwischen 0 und 1 – zeigt an, in welchem Umfang die Ausgangsvariablen zusammen gehören und dient damit als Indikator dafür, ob eine Faktorenanalyse sinnvoll erscheint oder nicht. Je höher das MSA-Kriterium liegt, desto eher liegt eine Eignung vor. Nach Kaiser & Rice (1974, S. 111) eignet sich eine Korrelationsmatrix letztlich lediglich dann für eine nachfolgende Faktorenanalyse, wenn der MSA-Wert höher als 0.5 liegt. Bezogen auf die in dieser Studie verwendeten Variablen ergibt sich insgesamt eine MSA-Wert von 0.505, womit sich nach Kaiser & Rice (1974, S. 111) ein ‚klägliches‘ (miserable) Ergebnis ergibt. Das

Ergebnis (nicht abgebildet) macht deutlich, dass schliesslich lediglich insgesamt 17 Variablen zu einem akzeptablen MSA-Wert führen. Errechnet man auf dieser Grundlage von neuem eine Korrelationsmatrix, so ergibt sich ein MSA-Wert von 0.711, womit die Eignung für eine nachfolgende Faktorenanalyse gegeben ist (Beurteilung als ‚ziemlich gut‘ / ‚middling‘).

Im Rahmen der vorliegenden Studie interessiert insbesondere die Frage des umfassenden Begriffs, d.h. durch welchen *Sammelbegriff* sich die auf einem Faktor hoch ladenden Variablen zusammenfassen lassen. Aus diesem Grunde wurde auf das Verfahren der ‚Hauptkomponenten-Analyse‘ zurückgegriffen. Die Begrenzung der Faktorenanzahl erfolgt auf der Grundlage des in empirischen Untersuchungen häufig verwendeten ‚Kaiser‘-Kriteriums und des ‚Scree‘-Tests (vgl. Abbildung 6.1.). Mit Hilfe des ‚Scree‘-Tests ist eine visuelle Darstellung der in einem Koordinatensystem in absteigender Reihenfolge angeordneten Eigenwerte möglich. Die in Abbildung 6.1. eingezeichnete Gerade bezeichnet das ‚Kaiser‘-Kriterium, das besagt, dass Faktoren, deren Eigenwerte kleiner als 1 sind, für die Festlegung der Anzahl der relevanten Faktoren unberücksichtigt bleiben. Die Begründung für die Verwendung des ‚Kaiser‘-Kriteriums liegt darin, dass ein Faktor, dessen Varianzerklärungsanteil über alle Variablen kleiner als eins ist, weniger Varianz erklärt als eine einzelne Variable; denn die Varianz einer standardisierten Variable beträgt ja gerade 1.

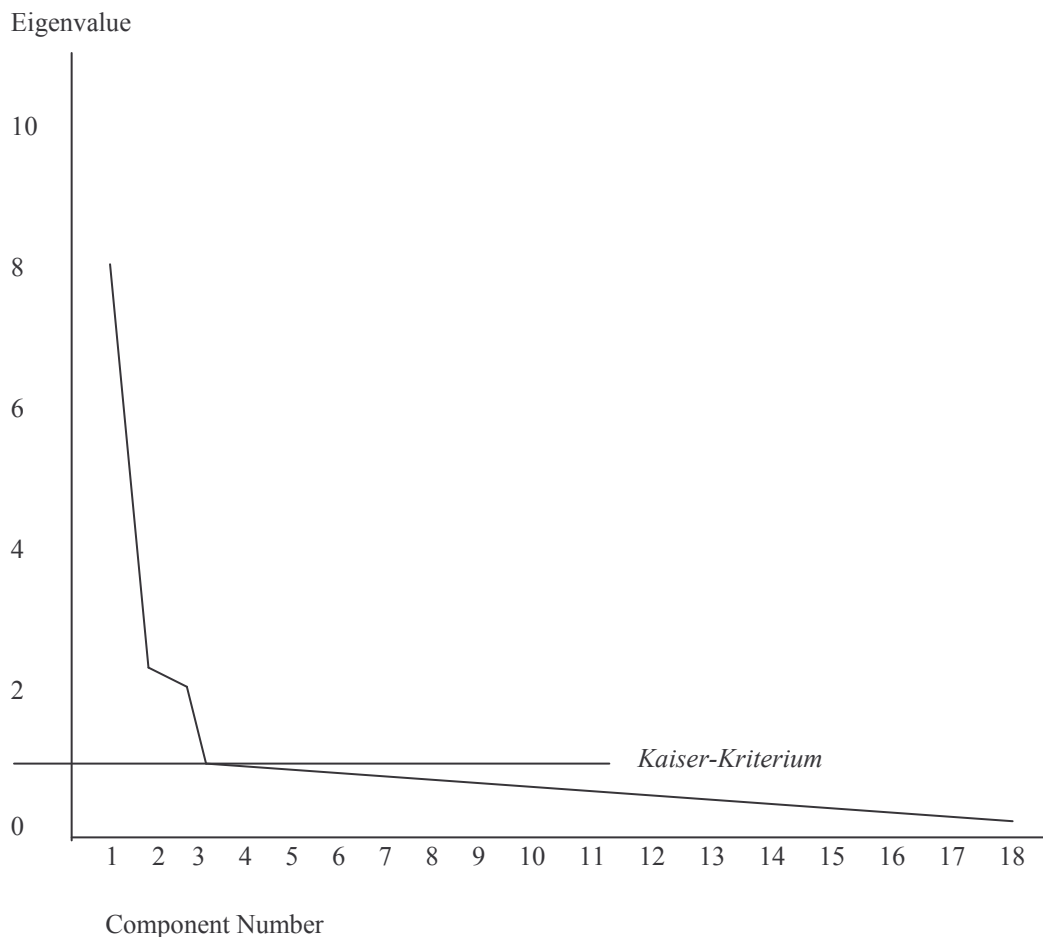


Abbildung 6.1.: ‚Scree‘-Test-Ergebnis, mit eingezeichnetem ‚Kaiser‘-Kriterium

Für die vorliegende Studie fällt die Entscheidung auf *vier Faktoren* (vgl. Tabelle 5.4).

	Sek. 1	Sek. 2	Sek. 3	Sek. 4
1. Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	.568	.047	* .679	.191
2. Beruflicher Ehrgeiz	* .630	.222	.512	.441
3. Perfektionsstreben	.422	.246	* .509	.123
4. Offensive Problembewältigung	* .735	.088	.058	.521
5. Erfolgserleben im Beruf	.180	.326	-.034	* .644
6. Lebenszufriedenheit	.075	.043	-.003	* .932
7. Erleben sozialer Unterstützung	.113	.117	* -.806	.185
8. Aktivität in vertrauter kommunikativer Umgebung	* .660	.451	.458	.020
9. Selbstbehauptung bei Kommunikationsanforderungen	* .884	.309	.125	.049
10. Rücksichtnahme bei sozialer Verantwortung	.038	* .877	.190	-.064
11. Engagement	* .751	-.122	-.001	.101
12. Stabilität bei stressvoller Anforderung	.528	* .548	.519	-.060
13. Selbstvertrauen bei Prüfungsanforderung	.067	* .759	.403	.116
14. Karriere- und Risikobereitschaft bei beruflicher Herausforderung	* .717	.459	.023	.084
15. Optimismus gegenüber alltäglicher Anforderung	.524	* .705	.100	.357
16. Aktives Erholungsverhalten in der Freizeit	.086	* .693	-.168	.334
17. Gesundheitsvorsorge bei Warnsignalen	.266	* .789	-.257	.228

Anmerkung: Mit \* gekennzeichnete Variablen tragen die jeweils höchste Ladung. Sie begründen die Zuordnung zu den Sekundärfaktoren (aufgeklärte Varianz = 76.7 %; MSA = .711; Bartlett's Test of Sphericity  $p = .000$ )

Tabelle 6.1.: Sekundärfaktorenstruktur bei einer Stichprobe von  $N = 94$

Bei der Interpretation der Sekundärfaktoren wird im Ansatz auf ein Konzept persönlichkeits- und gesundheitspsychologischer Herkunft zurückgegriffen, das sich insbesondere der Klärung der Frage zuwendet, welche Auswirkungen berufliche Anforderungen auf die Gesundheit haben – nämlich das ‚Anforderungs-Ressourcen-Modell‘ (vgl. Becker, 1997; Polenz & Becker, 1997). Es wird einerseits davon ausgegangen, dass durch die Arbeitswelt *Erwartungen i.S. von Anforderungen an die erwerbstätige Person*, wie beispielsweise kommunikative Kompetenz oder die Arbeitspflicht, wie sie auch im Schweizerischen Arbeitsrecht festgelegt worden ist, definiert werden, die den Umgang mit Situationen im beruflichen Alltag betreffen. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass die erwerbstätige Person über *potentielle Möglichkeiten i.S. von Ressourcen unterschiedlicher Art* verfügt, diesen ‚selbstverständlichen Erwartungen‘ zu begegnen. Ob es nun als Reaktion auf Arbeitssituationen im Alltag zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens kommt, hängt entscheidend vom verfügbaren Ausmass an Ressourcen ab.

(a) Dem grundlegenden *Faktor 1 ‚Beruf und Engagement‘* wird mit den folgenden sechs Merkmalen entsprochen:

- Beruflicher Ehrgeiz  
(Streben nach Zielen und Weiterkommen im Beruf; *Beispielitem: Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben*)
- Offensive Problembewältigung  
(aktive Haltung gegenüber Herausforderungen und auftretenden Problemen; *Beispielitem: Nach Misserfolgen sage ich mir: Jetzt erst recht*)

- Aktivität in vertrauter kommunikativer Umgebung  
(Handlungsbereitschaft in einer vertrauten Situation; *Beispielitem: In geselliger Runde plaudere ich ausgelassen und vergnügt*)
- Selbstbehauptung bei Kommunikationserfordernis  
(kommunikatives Durchsetzungsvermögen; *Beispielitem: Ich bin kontaktfreudig*)
- Engagement  
(Einsatz bei hohen Leistungsanforderungen; *Beispielitem: Bei anforderungsreichen Aufgaben kremple ich die Ärmel hoch und packe zu*)
- Karriere- und Risikobereitschaft  
(Offenheit für berufliche Herausforderungen; *Beispielitem: Zeigt sich mir eine Möglichkeit, die Karriereleiter hochzusteigen, so nehme ich meine Chance wahr*)

Es steht ausser Frage, dass dem Interesse an der Teilhabe am Erwerbsleben als Mass der Erwartungen an die erwerbstätige Person, wie es sich in den genannten Merkmalen ausdrückt, ein bedeutender Stellenwert hinsichtlich der erwerblichen Rehabilitation zukommt. Es dürfte dabei im Grundsatz gelten, dass das berufliche Engagement eine günstige Bedingung erfolgreicher, also auch gesundheitsförderlicher Bewältigung von Problemen beruflicher Art ist: Es ist eine Voraussetzung für die nachfolgenden protektiven Faktoren, die das Ausmass des sozial-emotionalen Gesundheitsverhaltens während einer Erwerbstätigkeit bestimmen. Gleichzeitig kann man diesen Faktor als Ausdruck von Sinnerfüllung durch die Arbeit und der aktiven Lebenseinstellung betrachten. Es ist allerdings wichtig, darauf hinzuweisen, dass es auch hierbei um das rechte Ausmass geht: Es geht in diesem Sinne sicherlich also nicht um ein Maximum, sondern viel eher um ein optimales Ausmass im Sinne einer ‚selektiv adaptiven Aktivität‘ (Walschburger, 1990). Es ist beispielsweise ohne weiteres nachvollziehbar, dass ein zu hohes Mass an beruflichem Ehrgeiz mit Skrupellosigkeit Hand in Hand geht: Eine hohe Ausprägung des beruflichen Ehrgeizes sollte einhergehen mit zwar deutlicher, allerdings nicht übermässiger Selbstbehauptung oder überhöhtem beruflichem Engagement. Die Fähigkeit der Gestaltung der sozialen Interaktion i.S. vertrauensvoller Beziehungen zu anderen Menschen bestimmt auch das Ausmass der selbst zu erlangenden sozialen Unterstützung, die ihrerseits wieder eine wesentliche Voraussetzung für Geborgenheit und Wohlbefinden darstellt (z.B. Schwarzer & Leppin, 1992). Die Bedeutung von psychosozialen und mentalen Arbeitsbelastungen – beispielsweise in Form von Anforderungsarmut, Termin- und Zeitdruck – ist übrigens gerade für die Entstehung beispielsweise von Rückenbeschwerden mit einer hohen Prävalenzrate verbunden (Bongers, Winter, Kompier & Hildebrandt, 1993; Elkeles, 1994).

(b) Der *erste protektive Faktor* ‚Anforderungsressourcen‘ wird mit folgenden sechs Merkmalen beschrieben:

- Selbstvertrauen  
(Verhalten bei Prüfungsanforderungen; *Beispielitem: Bei einer wichtigen Prüfung fühle ich mich selbstsicher*)
- Rücksichtnahme bei sozialer Verantwortung  
(Verhalten gegenüber den Mitmenschen; *Beispielitem: Bei Aufgaben, wo ich mit anderen Menschen zu tun habe, zeige werde ich viel Verständnis*)
- Optimismus  
(Verhalten gegenüber einer alltäglichen beruflichen Anforderung; *Beispielitem: Zu Beginn eines neuen Wochentages bin ich voll Tatendurst*)



- Stabilität  
(Einfluss stressvoller Anforderungen; *Beispielitem: Auf Hektik reagiere ich mit Fassung und Gelassenheit*)
- Aktives Erholungsverhalten  
(Verhalten während der Freizeit; *Beispielitem: In meiner Freizeit kann ich gut abschalten*)
- Gesundheitsvorsorge  
(Verhalten gegenüber Warnsignalen; *Beispielitem: Fühle ich mich weniger leistungsfähig, so tue ich aktiv etwas für meine Gesundheit*)

Dieser Faktor mit protektivem Inhalt zeigt, mit welchen Ressourcen den Anforderungen in der Erwerbswelt entgegen getreten werden kann. Es geht in diesem Sinne demnach um die jeweilige individuelle Stellungnahme zu den Arbeitserfordernissen. In den Einschätzungen soll zum Ausdruck kommen, in welchem Masse potentiell belastenden Arbeitserfordernissen kulturell sanktionierte Kompetenzen im Sinne von Ressourcen nach Hobfoll (1998) gegenübergestellt werden können, die zur Erhaltung der persönlichen körperlichen und psychischen Gesundheit dienen (vgl. hierzu auch Becker, 1997 oder Polenz & Becker, 1997, und ihr „Anforderungs-Ressourcen-Modell der habituellen körperlichen Gesundheit im Betrieb“). Der Kerngedanke besteht darin, dass der aktuelle Gesundheitszustand davon abhängt, inwieweit es einer Person mit Hilfe ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen gelingt, bestimmte externe Anforderungen (z.B. einzuhaltende Termine) oder interne Anforderungen (z.B. den Kunden gegenüber stets freundlich und wohlgesonnen gegenüberzutreten) zu bewältigen. Fällt die Erfolgsbilanz positiv aus, ist eher mit Wohlbefinden und Gesundheit, bei negativer Bilanz mit Missbefinden und Krankheit zu rechnen. Ähnlichkeiten mit Konzepten wie die Selbstwirksamkeitserwartung, nach Bandura (1977, 1981, 1986) die Zuversicht, das gewünschte Verhalten ausführen zu können, zum Optimismuskonzept, nach Scheier & Carver (1985) die generalisierte Erwartung positiver Ereignisse, als Zuversicht, dass sich alles, was für die eigene Person von Bedeutung ist, günstig entwickeln wird, oder auch dem Konzept des Hardiness (Kobasa, 1982; Maddi, 1998), verstanden als Engagement, Kontrolle und Herausforderung in Bezug auf die Lebensbewältigung, oder auch dem Konzept des Kohärenzsinns nach Antonovsky (1987; siehe auch bei Korotkov, 1998; oder auch Wyder, Kolip & Abel, 2000), definiert als „a generalized way of viewing the world, a global orientation that is reasonably stable by the end of early adulthood“ (Antonovsky, 1979, S. 55). Allerdings wird mit dieser Auswahl von Merkmalen klar, dass nicht die gesamte Bandbreite möglicher protektiver Faktoren gesundheitlicher Art in Betracht gezogen wird.

(c) Der *zweite protektive Faktor ‚Arbeits- und Sozialressourcen‘* wird mit den folgenden drei Merkmalen charakterisiert:

- Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit  
(Stellenwert der Arbeit im persönlichen Leben; *Beispielitem: Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt*)
- Perfektionsstreben  
(Anspruch bezüglich Güte, Sorgfalt und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsleistung; *Beispielitem: Was immer ich tue, es muss perfekt sein*)
- Erleben sozialer Unterstützung  
(Vertrauen in die Unterstützung durch nahestehende Menschen, Gefühl der sozialen Geborgenheit; *Beispielitem: Mein Partner / meine Partnerin zeigt Verständnis für meine Arbeit*)

Es liegt auf der Hand, dass diesen protektiven Merkmalen für die gesundheitsförderliche Bewältigung erwerblicher Belastungen besondere Bedeutung zukommt. In ähnlich gelagerten Konzepten (z.B. Becker, 1986, oder Hurrelmann, 2001) der seelischen Gesundheit wird auf

die förderliche Wirkung eines Verhaltens während einer Tätigkeit hingewiesen, das durch innere Ruhe, geringe Resignationstendenz und mässige Distanzierungsfähigkeit und Beharrungstendenz gegenüber belastenden Tätigkeiten gekennzeichnet ist. Das Erleben sozialer Unterstützung wird von unterschiedlichen Autoren als ‚psychologischer Schutzfaktor‘ gegenüber kritischen Situationen und gleichzeitig als unmittelbarer Ausdruck von Wohlbefinden und damit psychischer Gesundheit beschrieben (vgl. Schwarzer & Leppin, 1989; Schwarzer, 1990; Sommer & Baumeister, 1998).

(d) Der *vierte und letzte Faktor ‚Ressource Zufriedenheit‘* umfasst zwei wichtige Bereiche der Zufriedenheit, nämlich

- Erfolgserleben im Beruf  
(Zufriedenheit mit dem beruflich Erreichten; *Beispielitem: Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich*)
- Lebenszufriedenheit  
(Zufriedenheit mit der gesamten, auch über die Arbeit hinausgehende Lebenssituation; *Beispielitem: Im grossen und ganzen bin ich glücklich und zufrieden*)

Bedeutung erhält dieser Protektivfaktor auf dem Hintergrund der Ausführungen von Siegrist (1991, 1996) hinsichtlich der Problematik der von ihm bezeichneten ‚Gratifikationskrise‘: Ihr Kennzeichnen ist die Kombination von grossem Arbeitsengagement und ausbleibender materieller und sozialer Anerkennung (Gratifikation). Siegrist (1996) hat in einer Reihe von Studien gezeigt, dass Diskrepanzen zwischen beruflichen (extern und selbst gesetzten) Anforderungen und Gratifikationen kardiovaskuläre Krankheiten und Risikofaktoren vorhersagen. Zur Frage, ob Belastungen angesichts der vorhandenen Ressourcen erträglich sind, kommt die Frage, ob es sich angesichts der Gratifikationen auch lohnt, sie zu ertragen (s.a. Hobfoll & Freedy, 1993; Schaufeli & Enzmann, 1998). Zu dieser Frage finden sich in der Literatur Hinweise darauf, dass Ressourcen und auch die Qualität der Aufgaben eher die Evaluation der Person selber (Selbstwertgefühl) und die Arbeitszufriedenheit beeinträchtigen (Sonnentag, 1996; Warr, 1990).

Weiterhin stellt sich in Anlehnung an die Überlegung, dass man, um zufrieden sein zu können, Ziele an Möglichkeiten anpassen muss, die Frage über den Hintergrund der Lebenszufriedenheit. Es ergibt sich daraus mindestens eine Hypothese: Die Lebenszufriedenheit hängt wahrscheinlich stärker von der Erfolgsdeutung als vom eigentlichen Lebenserfolg ab. Eine Bestätigung dieser Hypothese findet sich im Rahmen einer Studie von Meulemann (2000): Sowohl berufliche als auch private Zufriedenheit wird durch die Erfolgsdeutung stärker bestimmt als durch den Lebenserfolg. Zudem ist die berufliche Zufriedenheit durch den früheren beruflichen Lebenslauf besser voraussagbar als die private durch den privaten Lebenslauf.

## **6.2. Ergebnis der Clusteranalyse – Identifizierung der Rehabilitationstypen**

Zur Verdeutlichung der durchzuführenden Tätigkeiten im Rahmen der Clusteranalyse erfolgt der Gruppierungsprozess auf der Grundlage folgender Arbeitsschritte:

Es werden diejenigen 17 Variablen in die Clusteranalyse einbezogen, die sich in der explorativen Faktorenanalyse als unkorreliert erwiesen haben. Sämtliche Variablen weisen dabei ein metrisches Skalenniveau auf.

Da sämtliche Variablen ein metrisches Skalenniveau aufweisen, wird zur Ermittlung der Unterschiede zwischen den einzelnen Beobachtungen (= Objekten) die *Mahalanobis-Distanz* verwendet, weil sich dadurch bereits im Rahmen der Distanzberechnung zwischen den Objekten etwaige Korrelationen zwischen den Variablen ausschliessen lassen. Durch eine Standardisierung der Daten (z-Transformation) ist gewährleistet, dass einheitliche Mittelwerte der Variablen in sämtlichen Gruppen vorhanden sind.

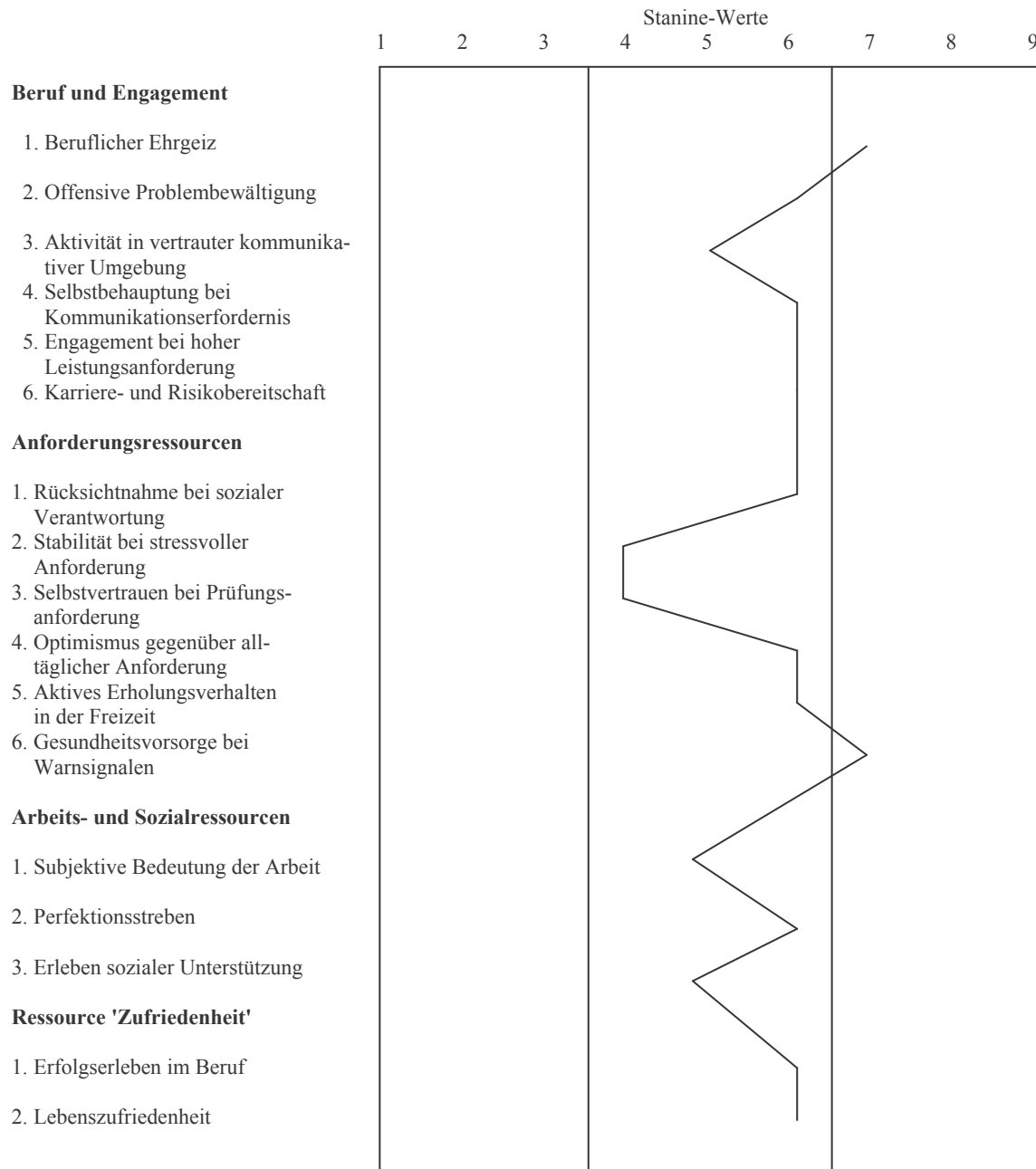
Es soll in einem ersten Schritt zur *Identifizierung und nachträglicher Elimination von möglichen Ausreissern*, die zu Verzerrungen des Gruppierungsergebnisses führen können (Bortz, 1989) das ‚Single-Linkage‘-Verfahren (hierarchisches Verfahren) durchgeführt (Begrenzung zwischen 2 und 5 Cluster) werden. Als Proximitätsmass wird dem gewählten Verfahren die ‚Quadrierte Euklidische Distanz‘ zugrunde gelegt. Als Folge dieses Vorgehens wurde ein einzelner Fall für die definitive Cluster-Analyse ausgeschlossen. Damit verringerte sich die Anzahl der Probandinnen von N = 94 auf N = 93. Als zweiter Schritt zur Identifizierung interpretationsfähiger Cluster wurde auf das ‚K-means-Verfahren‘, einem partitionierenden Verfahren, zurückgegriffen.

Die *Anzahl der Cluster* wurde von anfänglich mindestens 2 / maximal 6 letztlich auf *drei begrenzt*. Diese definitive Festlegung der Clusteranzahl auf drei geschah aus Gründen einer sinnvollen Interpretation hinsichtlich klar unterscheidbarer Rehabilitationstypen. Diese für die vorliegende Studie optimale Lösung liess sich auch bei Verwendung des vorgängigen (hierarchischen) ‚Single-Linkage‘-Verfahrens identifizieren.

(a) Mit der *Musterbezeichnung ‚strebsam-zufrieden‘* (Abbildung 6.2.) soll zunächst auf ein deutliches, allerdings nicht übermässiges *Engagement im Beruf* hinweisen (Faktor 1). Kennzeichnend hierfür ist die hohe Ausprägung der Dimensionen ‚Beruflicher Ehrgeiz‘, ‚Offensive Problembewältigung‘ im Berufsalltag, das ausgepögte ‚Engagement‘ und das Ausmass der ‚Karrierebereitschaft‘, während die Dimension ‚Aktivität in vertrauter kommunikativer Umgebung‘ im Vergleich hierzu um einen Stanine-Punkt abfällt. Das Muster weist auf eine Personengruppe hin, die der Erwerbstätigkeit eine relativ hohe Wichtigkeit innerhalb des eigenen Lebens zuschreiben mag. Für diese Interpretation spricht innerhalb des zweiten Ressourcenpools (Faktor 3: *Arbeits- und Sozialressourcen*) das Ausmass der ‚Subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit‘ und des ‚Perfektionsstrebens‘. Diese Personengruppe fühlt sich gleichzeitig sozial gut unterstützt, weshalb in diesem Fall das ‚Erfolgserleben im Beruf‘ und die ‚Lebenszufriedenheit‘ (Faktor 4: *Ressource ‚Zufriedenheit‘*) im allgemeinen ziemlich hoch ausfallen.

Der zweite Faktor ‚*Anforderungsressourcen*‘ ist gekennzeichnet durch ein recht hohes Ausmass an ‚Rücksichtnahme bei sozialer Verantwortung‘ und ‚Optimismus gegenüber alltäglicher Anforderung‘ (jeweils Stanine = 6). Erstaunlich genug ist allerdings diesbezüglich das eher unter dem Durchschnitt (= Stanine 4) liegende Ausmass an ‚Selbstvertrauen‘ und Erleben von ‚Stabilität bei stressvoller Anforderung‘ (Stanine 4). Es scheint beim ersten Blick deshalb so zu sein, dass diese Personengruppe trotz hohem ‚beruflichem Ehrgeiz‘ und doch eher klarer Karriereorientierung und Risikobereitschaft möglicherweise ein nicht allzu auffallend starkes Vertrauen in die eigenen beruflichen Kompetenzen hat und deshalb dem beruflichen Stress eher ausweicht als ihn ‚aktiv‘ sucht. Andererseits – und für den Autor naheliegender – scheint sich in diesem Muster unter dem Gesundheitsaspekt betrachtet das oben bereits erwähnte Prinzip der ‚selektiv adaptiven Aktivität‘, das von Walschburger (1990) formuliert wurde, zu realisieren, d.h. der wohldosierte und zielgerichtete Einsatz der Kräfte in Übereinstimmung mit persönlichen Schwerpunktsetzungen.

*Insgesamt betrachtet* zeichnet sich diese Gruppe des 'strebsam-zufriedenen Typs' durch eine generelle Zufriedenheit sowohl mit dem Arbeits- als auch mit dem Leben insgesamt aus (Faktor 4: *Ressource 'Zufriedenheit'*). Es lässt sich gut nachvollziehen, dass Personen mit ähnlich gelagerten Persönlichkeitsmerkmalen als Quelle ihrer Lebenszufriedenheit gleichzeitig sowohl Arbeit als auch ihre arbeitsfreie Zeit (Freizeitverhalten und soziale Umgebung) nennen. Es ist also ein Muster, das wahrscheinlich am ehesten für Identifikation mit dem Beruf, Freude am Beruf, berufliches Kompetenzerleben und allgemeines Wohlbefinden spricht.



**Abbildung 6.2.:** Clustermerkmale für die Gruppe ‚strebsam-zufriedener Typ‘ (N = 20; die Darstellung bezieht sich auf die Stanine-Skala, die von 1 - 9 reicht und deren Mittelwert 5 beträgt)



(b) Der *resignativ-unzufriedene* Rehabilitationstyp: Bei weit unterdurchschnittlichen Ausmass an 'Beruflichem Ehrgeiz' und eingeschränkter 'Offensiver Problembewältigung' (Faktor 1: *Arbeit und Engagement*) und geringer 'Subjektiver Bedeutung der Arbeit' (Faktor 3: *Arbeits- und Sozialressourcen*) fällt im Persönlichkeitsprofil dieser Personengruppe, das in Abbildung 6.3. dargestellt ist, das geringe Ausmass an 'Optimismus gegenüber alltäglicher Anforderungen' (Stanine = 2) (Faktor 2: *Anforderungsressourcen*) und das unterdurchschnittlich ausgeprägte 'Selbstvertrauen bei Prüfungsanforderungen' (Stanine = 2) auf. Vergleicht man generell das Muster des ‚resignativ-unzufriedenen Typs‘ mit demjenigen des ‚strebsam-zufriedenen Typs‘, so fällt das durchgängig geringe Ausmass sämtlicher erhobenen Dimensionen auf. Setzen wir diese Beobachtung mit den Ausprägungen der Dimensionen der ‚Lebenszufriedenheit‘ und dem ‚Erfolgserleben im Beruf‘ (Faktor 4: *Ressource ‚Zufriedenheit‘*) und den Dimensionen ‚aktives Erholungsverhalten während der Freizeit‘ und ‚Gesundheitsvorsorge‘ (Faktor 3: *Arbeits- und Sozialressourcen*) in Bezug, dann fällt auf, dass sich die Lebenszufriedenheit allgemein auf einem sehr niedrigen Niveau befindet.

Allerdings zeigen sich bei den Probandinnen zwei bemerkenswerte Ausnahmen, die auf den ersten Blick nicht in dieses eher düstere Bild passen: Die Dimensionen ‚Perfektionsstreben‘ (Stanine = 5) und ‚Erleben sozialer Unterstützung‘ (Stanine = 5) (Faktor 3: *Arbeits- und Sozialressourcen*). Dies erstaunt angesichts des generellen Bildes dieses Rehabilitationstyps: In Bezug auf das ‚Perfektionsstreben‘ muss bei Betrachtung dieses Ergebnisses berücksichtigt werden, dass der Gesundheitsschaden und die massive Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit in der Regel bereits seit Monaten vorlag und in dieser Zeit eine vorherrschende Orientierung auf Schonung und Distanzierung den beruflichen Anforderungen gegenüber zu verzeichnen war. So gesehen kann es gar nicht verwundern, dass diese Probandinnen eine geringe Ausprägung im Bereich *Arbeit und Engagement* (Faktor 1) aufweist. So betrachtet hält es der Autor sogar für äusserst bemerkenswert, dass diese Probandinnen immer noch durchschnittliche Ausprägungen im Perfektionsstreben aufweisen, und zwar trotz allgemein verringertem beruflichem Engagement. Erstaunlicherweise zeigt sich bei diesem Typus gleichzeitig ein recht hohes Ausmass an ‚Erleben sozialer Unterstützung‘ (Stanine = 5). Kaluza, Hanke, Keller & Basler (2002), die in ihrer Studie unter anderem den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung, Arbeitsbelastung und berichteten Rückenbeschwerden untersuchten, bezeichnen dieses Phänomen anschaulich als ‚Puffer‘-Effekt (S. 162), der ausschliesslich bei hoher subjektiver Belastung zu identifizieren ist. Gemeint ist eine ‚Abpufferung‘ in Sinne einer Dämpfung der Auswirkungen insbesondere hoher Belastungen auf die Gesundheit im Unterschied zum generellen Schutz des Individuums vor gesundheitsbeeinträchtigenden Auswirkungen von Belastungen im Sinne des ‚Schutzschild‘-Effektes.

*Generell betrachtet* erscheint es naheliegend, dieses Erleben als Zeichen der vorherrschenden Resignation gegenüber der Arbeitswelt zu interpretieren, ist dieses Bild doch durch mässige Widerstandsressourcen gegenüber Belastungen, genereller Unzufriedenheit und wahrscheinlich gleichzeitig durch eine Einschränkung der Motivation gekennzeichnet. Solche Erscheinungen zählen Freudenberg (1974), Maslach (1982) und Burisch (1989) u.a. zum Kern des *Burn-out-Syndroms*. Dieses Syndrom wird vor allem durch eine resignative Zufriedenheit gegenüber der Erwerbstätigkeit und auch anderen Menschen gegenüber sowie durch ein Bündel von emotionalen Beeinträchtigungen gekennzeichnet. Zu letzteren dürfte vorrangig ein allgemeines Erschöpfungserleben, verbunden mit Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit zu zählen sein. Burisch (1989) sieht das Burnout-Syndrom in einem engen Zusammenhang mit der Entwicklung körperlich-funktionaler Störungen.

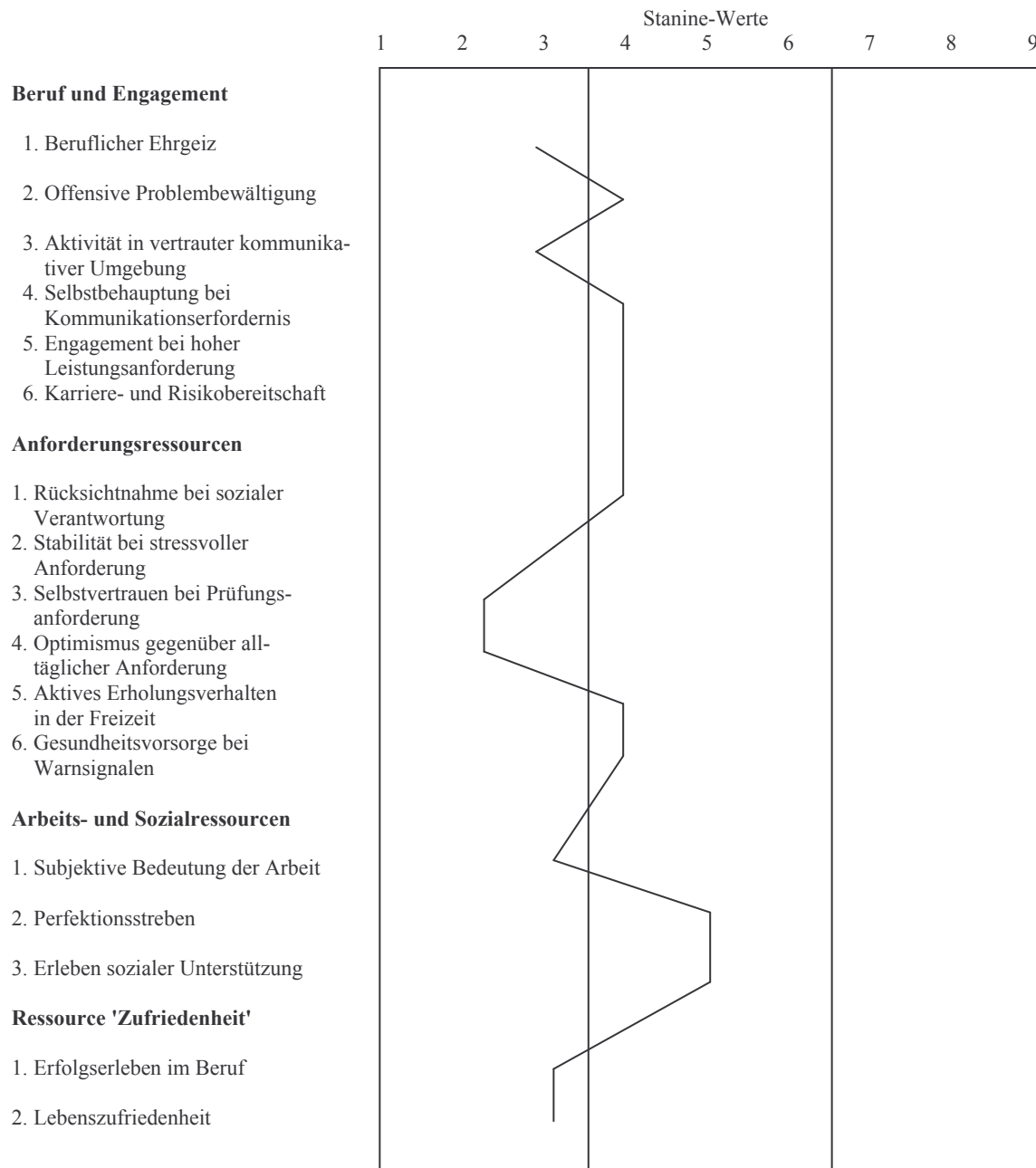


Abbildung 6.3.: Clustermerkmale für die Gruppe 'resignativ-unzufriedener Typ' (N = 45; die Darstellung bezieht sich auf die Stanine-Skala, die von 1 - 9 reicht und deren Mittelwert 5 beträgt)

(c) Der *angepasst-pflichtbewusste* Rehabilitationstyp: Sucht man in Abbildung 6.4. nach Charakteristika im Erwerbsverhalten, die die Bezeichnung 'angepasst-pflichtbewusst' nahelegen, dann stösst man zunächst auf die mittelmässig ausgeprägten Dimensionen 'Beruflicher Ehrgeiz' und 'Offensive Problembewältigung' (Faktor 1: *Beruf und Engagement*) und das auffallend hohe Ausmass an 'Subjektiver Bedeutung der Arbeit' (Faktor 3: *Arbeits- und Sozialressourcen*). Zwar erscheint es auf den ersten Blick verlockend zu interpretieren, angesichts des identifizierten Ausmasses des beruflichen Engagements auf eine generell strebsame, im Sinne einer 'strebsam-zufriedenen' Personengruppe zu schliessen.

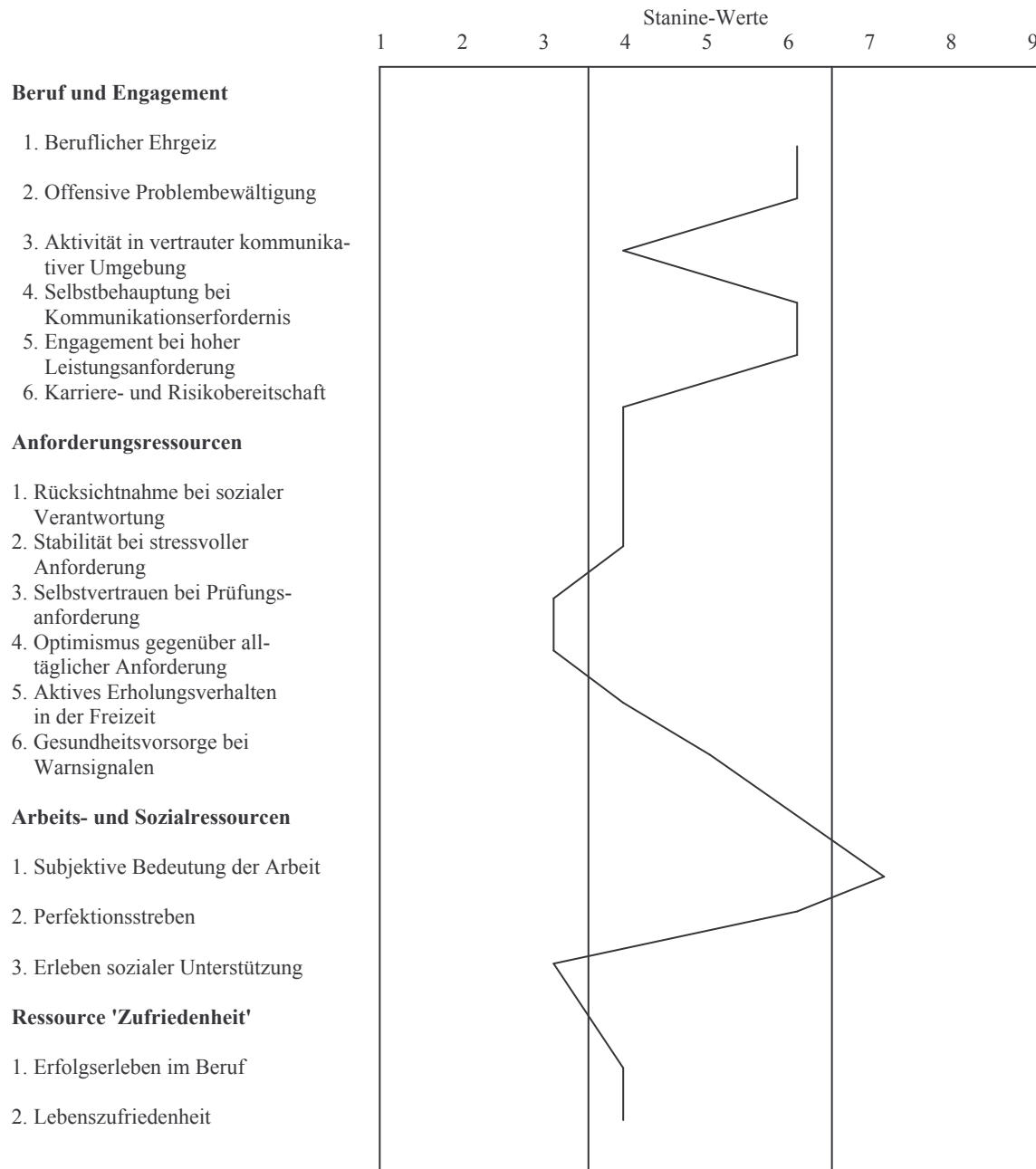
Werden allerdings die Ausprägungen der Dimensionen des zweiten Faktors, der *Anforderungsressourcen*, zur vertieften Interpretation herbeigezogen, so zeigt sich, dass diese vordergründige Strebsamkeit auf dem Hintergrund weiterer Dimensionen betrachtet werden muss: Im Gegensatz zum 'strebsam-zufriedenen Typ' zeigt sich in diesem Fall ein auffallend stark eingeschränktes 'Selbstvertrauen' und eine doch eher niedrig angesiedelte 'Stabilität bei stressvoller Anforderung'. Tatsächlich bewegt sich auch das Mass an 'Optimismus' auf einem tiefen Niveau. Es wird zwar der Erwerbstätigkeit eine hohe Wichtigkeit zugeschrieben – doch reichen die vorhandenen Ressourcen nicht aus, diesem zugeschriebenen Wert gerecht zu werden. Es zeigt sich zudem im Unterschied zu den anderen zwei Typen ein sehr niedriges 'Erleben sozialer Unterstützung' (Faktor 3: *Arbeits- und Sozialressourcen*).

Es erscheint daher naheliegend, daraus zu schliessen, diesen Typus als pflichtbewussten und an die Arbeitsplatzverhältnisse angepassten zu bezeichnen – wahrscheinlich auch deshalb dieses hohe Mass an Strebsamkeit, das sich möglicherweise aus dem Pflichtbewusstsein ergibt. Erstaunlicherweise zeigt sich bei diesem Typ trotz hoher Strebsamkeit ein niedriges Ausmass an 'Erfolgserleben im (verpflichtenden) Beruf' (Faktor 3: *Arbeits- und Sozialressourcen*).

Erholung und Lebenszufriedenheit (Faktor 4: *Ressource Zufriedenheit*) werden deshalb nicht im 'pflichtträchtigen Berufsalltag' gefunden, sondern eher während ausserberuflichen Aktivitäten geschöpft. Auffallend ist gleichzeitig das eingeschränkte Erleben 'sozialer Unterstützung' (Faktor 3: *Arbeits- und Sozialressourcen*); Dieser Typus erlebt sich im Vergleich zu den anderen zwei Typen am geringsten sozial unterstützt.

*Generell betrachtet* ist dieses Bild durch vorherrschende Anpassung an die gegebenen Erwerbsverhältnisse (möglicherweise aufgrund der Notwendigkeit einer Erwerbstätigkeit) bei gleichzeitig herabgesetztem Erleben von Widerstandsressourcen gegenüber beruflichen Belastungen und wie beim 'resignativ-unzufriedenen Typ' wahrscheinlich einer eingeschränkten Arbeitsmotivation gekennzeichnet, weshalb dieser Typus *in Bezug auf die erwerbliche Rehabilitation* weniger unter dem Aspekt der Gesundheit als eher unter der Arbeitsmotivation von Interesse sein wird. Ähnlichkeiten bestehen hier in der Verallgemeinerung des Widerspruchs, den Siegrist (1991) als „Gratifikationskrise“ bezeichnet hat (vgl. hierzu auch 5.4.).

Beim 'angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstyp' dürfte zur Erhaltung der psychischen Gesundheit den ausserberuflichen Aktivitäten eine entscheidende Rolle zufallen – dies im Unterschied zum 'resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstyp', bei dem diese Ressourcenmöglichkeit weniger Anwendung findet.



**Abbildung 6.4.:** Clustermerkmale für die Gruppe 'angepasst-pflichtbewusster Typ' (N = 28; die Darstellung bezieht sich auf die Stanine-Skala, die von 1 - 9 reicht und deren Mittelwert 5 beträgt)

### 6.3. Ergebnisse der Diskriminanzanalyse - Unterschiede und Übereinstimmungen zwischen den Rehabilitationstypen

Der Standard-Output der Diskriminanzanalyse (hier nicht wiedergegeben) enthält die wesentlichen Informationen über das aufgestellte diskriminanzanalytische Modell. Zusätzlich werden einige Masszahlen ausgewiesen, die der Überprüfung des Modellgüte dienen. Auf dieser Grundlage sollen die unter 5.5. gestellten Fragen einzeln beantwortet werden. Als Methode der Diskriminanzanalyse wurde die ‚direkte Methode‘ gewählt. Dies bedeutet, dass alle Merkmalsvariablen (ausgewählte unabhängige Variable) simultan in die Diskriminanzfunktion aufgenommen wurden.

Die *Definition der Gruppen* entspricht dem Ergebnis der vorgeschalteten Clusteranalyse mit den drei unterscheidbaren Rehabilitationstypen ( $G = 3$ , wobei  $g_1$  = strebsam-zufriedener Rehabilitationstyp;  $g_2$  = resignativ-unzufriedener Rehabilitationstyp;  $g_3$  = angepasst-pflichtbewusster Rehabilitationstyp).

Beim *Vergleich der Gruppenmittelwerte*  $g_1$  bis  $g_3$  zeigen sich folgendes:

Zur *Frage 1*: Unterscheiden sich die drei Rehabilitationstypen signifikant voneinander hinsichtlich der 17 Variablen? Zur Prüfung der Diskriminanz wurde eine ‚Univariate ANOVA‘ durchgeführt, die Koeffizienten der linearen Diskriminanzfunktion werden nach ‚Fisher‘ angegeben. Tabelle 6.2. zeigt, dass sämtliche 17 Merkmalsvariablen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit unter 5 % jeweils isoliert zwischen den drei Rehabilitationstypen trennen. Am besten trennt die Variable ‚Beruflicher Ehrgeiz‘ ( $F = 364.639$ ;  $\text{Sig.} = .000$ ).

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
- Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	.439	57.580	2	90	.000
- Beruflicher Ehrgeiz	.110	346.639	2	90	.000
- Perfektionsstreben	.676	21.526	2	90	.000
- Offensive Problembewältigung	.440	57.278	2	90	.000
- Erfolgserleben im Beruf	.544	37.789	2	90	.000
- Lebenszufriedenheit	.548	37.123	2	90	.000
- Erleben sozialer Unterstützung	.714	18.026	2	90	.000
- Aktivität	.406	65.795	2	90	.000
- Selbstbehauptung	.341	86.811	2	90	.000
- Rücksichtnahme	.799	11.322	2	90	.000
- Engagement	.722	17.340	2	90	.000
- Stabilität	.571	33.813	2	90	.000
- Selbstvertrauen	.750	14.995	2	90	.000
- Karriere- und Risikobereitschaft	.562	35.102	2	90	.000
- Optimismus	.416	63.064	2	90	.000
- Aktives Erholungsverhalten	.758	14.354	2	90	.000
- Gesundheitsvorsorge	.723	17.208	2	90	.000

Tabelle 6.2.: Univariate Trennfähigkeit der Merkmalsvariablen

Bei der Beurteilung der Diskriminanzfunktionen bzw. bei der Klassifizierung wurden beide Diskriminanzfunktionen berücksichtigt (vgl. Tabelle 6.3. unten). Die relative Wichtigkeit der zweiten Diskriminanzfunktion ist mit 4.172 % Eigenwertanteil (Varianzanteil) wesentlich geringer als diejenige der ersten Diskriminanzfunktion (28.458 % Eigenwertanteil). Die



Werte für das residuelle Wilks' Lambda und die zugehörigen  $\chi^2$ -Werte zeigen, dass beide Diskriminanzfunktionen trotzdem signifikant (mit der jeweiligen Irrtumswahrscheinlichkeit von .000) zur Trennung der einzelnen Rehabilitationstypen beitragen.

**Eigenwerte:**

Funktion	Eigenwert	% Varianz	Kumulative %	Kanonische Korrelation
1	28.458	87.2	87.2	.983
2	4.172	12.8	100.0	.898

**Auswahl von Variablen hinsichtlich ihrer diskriminatorischen Bedeutung:**

b 'Selbstbehauptung'	=	1.572
b 'Lebenszufriedenheit'	=	1.466
b 'Offensive Problembewältigung'	=	0.864
b 'Rücksichtnahme'	=	0.753
b 'Erfolgsereben im Beruf'	=	0.310
b 'Stabilität'	=	0.243
b 'Optimismus'	=	0.192
b 'Engagement bei hoher Leistungsanforderung'	=	0.039

**Tabelle 6.3.:** Eigenwerte der Diskriminationsfunktionen und Auswahl von Merkmalsvariablen hinsichtlich ihrer diskriminatorischen Bedeutung

Welche Variablen sind zur Unterscheidung zwischen den Rehabilitationstypen geeignet und welche weniger geeignet (*Frage 2 zur diskriminatorischen Bedeutung der einzelnen Variablen*)? Die Wichtigkeit der Merkmalsvariablen kann anhand der *standardisierten Diskriminanzkoeffizienten* innerhalb der zwei Diskriminanzfunktionen identifiziert werden: Die grösste diskriminatorische Bedeutung besitzt die Variable ‚Selbstbehauptung‘ für die Diskriminanzfunktion 1 (1.792) und die Variable ‚Erleben sozialer Unterstützung‘ für die Diskriminanzfunktion 2 (1.309) (keine Tabelle).

Um die diskriminatorische Bedeutung einer Merkmalsvariablen bezüglich aller Diskriminanzfunktionen zu beurteilen, sind durch die Gewichtung der absoluten Werte der Koeffizienten mit dem Eigenwertanteil der betreffenden Diskriminanzfunktion die *mittleren Diskriminanzkoeffizienten* zu ermitteln (vgl. Bortz, 1989). Es ergibt sich im vorliegenden Fall (vgl. Tabelle 6.3.) mit den Eigenwertanteilen für die Merkmalsvariable ‚Engagement bei hoher Leistungsanforderung‘ somit der geringste (0.039), für die Merkmalsvariable ‚Selbstbehauptung‘ (1.572) der höchste Wert für den mittleren Diskriminationskoeffizienten.

Die Variable ‚Engagement bei hoher Leistungsanforderung‘ besitzt damit die geringste und die Variable ‚Selbstbehauptung‘ die grösste diskriminatorische Bedeutung. Erstaunlicherweise spielt die Variable ‚Optimismus‘, welche in der Literatur zur Gesundheitspsychologie (vgl. z.B. Scheier & Carver, 1992; Taylor & Armor, 1996; Schwarzer, 1996) eine hervorragende Rolle spielt – allein im Suchsystem PsycLIT sind für den Zeitraum seit 1990 mehrere Hundert internationale Publikationen zu diesem Begriff zu finden –, in diesem Zusammenhang keine massgebliche Rolle. Wie lässt sich dieses bemerkenswerte Ergebnis in Bezug auf die dieser Studie zugrunde liegenden Stichprobe erklären? ‚Optimismus‘ wird im vorliegenden Rahmen als ‚Verhalten gegenüber einer alltäglichen beruflichen Anforderung‘ definiert. Eine hohe Ausprägung von ‚Optimismus‘

charakterisiert demnach 'Zuversicht' / 'Leistungsbereitschaft', eine niedrige Ausprägung 'Lustlosigkeit' / 'Leistungsvermeidung'. Diese Persönlichkeitsvariable wird als eine mögliche *Anforderungsressource* im Hinblick auf Handlungserfordernisse im Alltag betrachtet. Gemeinhin wird nun angenommen, dass die Wiedereingliederungschancen bei solchen Erwerbslosen höher sind, die optimistisch gegenüber der Erwerbsarbeit - im angelsächsischen Bereich als 'employment commitment' bezeichnet - aufweisen. Eine Verminderung wird demzufolge als besonders fatal angesehen. Allerdings sind die Angaben zur Veränderung des Commitments in Abhängigkeit von der Erwerbslosigkeitsdauer widersprüchlich: Warr & Jackson (1985) und Claussen (1994) beispielsweise fanden keinen Zusammenhang zwischen Dauer der Erwerbslosigkeit und Veränderung des Commitments. Pernice (1996) hingegen kommt auf der Grundlage einer längsschnittlichen Erhebung zum Ergebnis, dass sich im Zeitraum eines Jahres der Anteil derjenigen mit hohem Commitment dramatisch vermindert hat. Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass die Gruppe mit niedrigerem Commitment die bessere psychosoziale Gesundheit aufweist. Eine bessere psychosoziale Gesundheit wird sich in potentiellen Bewerbungssituationen positiv auswirken. Die Verminderung des Commitments stellt also möglicherweise eine gesundheitsförderliche Bewältigungsstrategie dar. Auch die Ergebnisse von Frese (1993) zeigen in die selbe Richtung: Er identifizierte bei *zukünftig erwerbslosen Personen* unabhängig vom Alter und vom Geschlecht ein signifikant geringeres Ausmass an generellem bzw. arbeitsspezifischem Optimismus als bei erwerbstätigen Personen. Bemerkenswerterweise interpretiert er aufgrund der Datenlage diese Auffälligkeit als Fähigkeit zukünftig Erwerbsloser als realistische Einschätzung ihrer Arbeitsstellenlage – nämlich ihre eigene spätere Erwerbslosigkeit. „Der geringe Optimismus kann also wohl als realistische Antizipation der zukünftigen Arbeitslosigkeit interpretiert werden. Die Arbeitenden wissen meist recht gut Bescheid über ... ihre eigenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt“ (Frese, 1993, S. 199-200). Und: „Arbeitslose sind ganz allgemein pessimistischer, und pessimistischer, was ihre Hoffnungen auf einen wirtschaftlichen Aufschwung und Befürchtungen von langanhaltender Arbeitslosigkeit betreffen“ (Frese, 1993, S. 204). Man könnte allerdings meinen, dass durch ein vermindertes Ausmass an Optimismus gleichzeitig weniger Eigeninitiative bei der Stellensuche gezeigt wird. Frese (1993, S. 203) widerspricht dieser Annahme: Seinen Ergebnissen zufolge hängt weder allgemeiner noch spezifischer Optimismus bezüglich Erwerbslosigkeit signifikant mit Eigeninitiative zusammen. (Welche Faktoren allerdings mit Eigeninitiative zusammenhängen, bleibt ungeklärt.) Der Preis für einen ‚Stillstand‘ bezüglich der Eigeninitiative mag allerdings im schlimmsten Fall mit einem Rückzug vom Arbeitsmarkt bezahlt werden (vgl. dazu auch Zippy, 1995).

Mit welcher Genauigkeit lässt sich die *Zugehörigkeit neuer IV-Klientinnen zu den einzelnen Rehabilitationstypen vorhersagen (Frage 3)?*

Unter Annahme einer A-priori-Wahrscheinlichkeit wurde eine Klassifikationsmatrix erstellt, in der zum einen die Häufigkeiten, mit denen die unterschiedlichen Kombinationen aus tatsächlicher und geschätzter Gruppenzugehörigkeit auftreten und zum anderen die Trefferquote angegeben werden. Mit der A-priori-Wahrscheinlichkeit sind Wahrscheinlichkeiten gemeint, die *vor Durchführung* einer Diskriminanzanalyse hinsichtlich der Gruppenzugehörigkeit gegeben sind oder geschätzt werden können. Mittels der A-priori-Wahrscheinlichkeiten lässt sich gegebenenfalls berücksichtigen, dass die betrachteten Gruppen mit unterschiedlicher Häufigkeit in der Realität vorkommen. Tabelle 6.4. zeigt diese Klassifikationsmatrix. Die Trefferquote in der Untersuchungsstichprobe beträgt erstaunlicherweise 100 %. Bei zufälliger Einordnung der Elemente (Beurteilungen) in die drei identifizierten Rehabilitationstypen wäre dagegen (unter Vernachlässigung der unterschiedlichen Gruppengrößen) eine Trefferquote von 33.33 % zu erwarten.

Clusterzugehörigkeit	Vorausgesagte Gruppenzugehörigkeit			Total
	strebsam-zufrieden	resignativ-unzufrieden	angepasst-pflichtbewusst	
„strebsam-zufrieden“	20 (100 %)			20 (100 %)
„resignativ-unzufrieden“		45 (100 %)		45 (100 %)
„angepasst-pflichtbewusst“			28 (100 %)	28 (100 %)

(100 % der Probandinnen wurden korrekt klassifiziert)

Tabelle 6.4.: Klassifikationsmatrix für N = 93

## 6.4. Rehabilitationstyp und Belastungserleben

Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob sich zwischen den einzelnen Rehabilitationstypen ein bedeutsamer Zusammenhang mit der *subjektiv erlebten Belastung durch die doppelte Behinderung* ‚Gesundheitsschaden und Erwerbslosigkeit‘ zeigt. Um diese Frage zu beantworten, wurde zu den jeweiligen Rehabilitationstypen das jeweilige Ausmass der *subjektiv erlebten Belastung* mittels Testverfahren (SCL-90-R; Symptom-Checkliste nach Derogatis; Franke, 1995) erhoben (vgl. 5.4.).

Tabelle 6.5. zeigt die *Unterschiede im Belastungserleben der jeweiligen Rehabilitationstypen* auf:

Rehabilitationstyp		Ausmass des subjektiven Belastungserlebens („Global Severity Index“ GSI)		
„strebsam-zufriedener Typ“	(N <sub>1</sub> = 20)	M = 0.60	SD = 0.50	T = 58
„resignativ-unzufriedener Typ“	(N <sub>2</sub> = 45)	M = 1.11	SD = 0.72	T = 72
„angepasst-pflichtbewusster Typ“	(N <sub>3</sub> = 28)	M = 0.76	SD = 0.49	T = 61

Tabelle 6.5.: Ausmass des grundsätzlichen psychischen Belastungserlebens der Probandinnen (N = 93)

(T-Wert zum globalen Kennwert GSI tabellarisch bestimmt gemäss Handbuch zum SCL-90-R von Franke, 1995, S. 97 - 99; Kriterien: Frauen mit Haupt- und Realschulabschluss)

Die Analyse der Unterschiede zwischen den einzelnen Rehabilitationstypen erfolgt aufgrund der unbekannten Verteilungsform auf der Grundlage des *extendierten Mediantests* für den Vergleich von k unabhängigen Stichproben, wie er in Bortz & Lienert (1998, S. 139 ff.) beschrieben wird.

$H_0$  = Die Zugehörigkeit zum jeweiligen Rehabilitationstyp hat keinen Einfluss auf das Ausmass der subjektiv erlebten Belastung. (Im Sinne des Mediantests: Die k Stichproben stammen aus Populationen mit identischen Medianwerten.)

$H_A$  = Das subjektiv erlebte Ausmass der Belastung hängt von der Zugehörigkeit zum jeweiligen Rehabilitationstyp ab (*ungerichtete* Alternativhypothese)

Signifikanzniveau: Wegen des explorativen Charakters der Studie, weshalb auch die Konsequenzen für eine fälschliche Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, gilt  $\alpha = .05$

Testwahl: Da nicht klar ist, ob die Daten die Voraussetzungen für die Durchführung der parametrischen Varianzanalyse erfüllen, erfolgt die Hypothesenprüfung mit Hilfe des extendierten Mediantests, wobei es um den Vergleich der zentralen Tendenz dreier unabhängiger Stichproben geht

**Ergebnis:**  $\chi^2 = 7.34$ ; für  $\chi^2_{df=2; \alpha=0.5} = 5.99$ . Der empirische Wert ist grösser als der kritische Wert  $\Rightarrow H_A$  wird angenommen.

Die Untersuchung war geeignet, einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zum jeweiligen Rehabilitationstyp und dem jeweiligen Belastungserleben zu identifizieren. Es kann aufgrund der Ergebnisse davon ausgegangen werden, dass Probandinnen des ‚strebsam-zufriedenen‘ Rehabilitationstyps ein signifikant geringeres Belastungserleben aufweisen als die Probandinnen der übrigen zwei Rehabilitationstypen. Ebenso kann davon ausgegangen werden, dass die Probandinnen des ‚angepasst-pflichtbewussten‘ Rehabilitationstyps ein signifikant geringeres subjektives Belastungsempfinden aufweisen als die Probandinnen des ‚resignativ-unzufriedenen‘ Rehabilitationstyps.

Sind bedeutsame Unterschiede im subjektiven Belastungserleben auch innerhalb der jeweiligen Rehabilitationstypen zu identifizieren? Um diese Frage beantworten zu können, wurde in einem weiteren Schritt das Ausmass der subjektiv empfundenen Belastung auf der Grundlage der T-Werte in drei Kategorien unterteilt, nämlich in:

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| - kein nennenswertes Belastungserleben   | T-Wert zwischen 0 und 59     |
| - mittleres Ausmass an Belastungserleben | T-Wert zwischen 60 und 69    |
| - hohes Ausmass an Belastungserleben     | T-Wert zwischen 70 und höher |

Diese Unterteilung folgt den Empfehlungen von Franke (1995, S. 27; Handbuch des SCL-R-90).

(a) Es zeigt sich für den ‚strebsam-zufriedenen Typ‘, dass sich das jeweilige Belastungserleben auf die Bereiche ‚keine Belastung‘ ( $x_1 = 8$ ; T-Wert 0-59) und ‚mittlere Belastung‘ ( $x_2 = 12$ ; T-Wert 60-69) konzentriert – keine der Probandinnen dieser Gruppe ( $x_3 = 0$ ) erlebt ihre Gesamtsituation als hoch belastend (T-Wert  $> 70$ ).

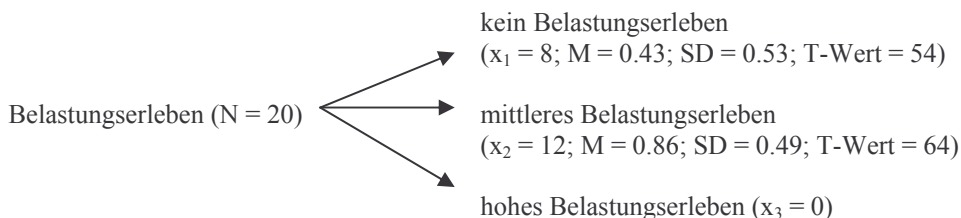


Abbildung 6.5.: Belastungserleben des ‚strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyps‘

Aufgrund Plausibilitätsüberlegungen zum empirischen Zusammenhang zwischen allgemeiner Lebenszufriedenheit und dem jeweiligen Gesundheitszustand kann erwartet werden, dass sich aufgrund des identifizierten Rehabilitationstypus (vgl. 6.2.) bei dieser Personengruppe tatsächlich niemand als hoch belastet empfindet ( $\Rightarrow \pi_3 = 0$ ). Das Ausmass des Belastungserlebens konzentriert sich nach Meinung des Autors innerhalb der Kategorien ‚kein‘ ( $\pi_1 = 0.5$ ) und ‚mittleres Belastungserleben‘ ( $\pi_2 = 0.5$ ). Die Probandinnen dieses

Rehabilitationstypus‘ zeichnen sich durch hohen beruflichen Ehrgeiz (Stanine = 7), durch ausgeprägte Werte im Bereich offensiver Problembewältigung (Stanine = 6) und Selbstbehauptung (Stanine = 6) bei ausgeprägtem Sinn für Gesundheitserhaltung (Stanine = 7) (Faktor ‚Anforderungsressourcen‘) aus. Gleichzeitig fühlen sie sich sozial gut unterstützt. Ebenso weisen sie insgesamt betrachtet eine hohe Lebenszufriedenheit (Stanine = 6) auf. Auch die aktuelle Forschungslage weist in diese Richtung. So fand sich in der bereits oben erwähnten Studie von Kaluza et al. (2002) ein linearer Zusammenhang zwischen Ausmass an Rückenschmerzen und subjektiv erlebter Arbeitsbelastung. Gleichzeitig ging in ihrer Studie eine hohe Arbeitszufriedenheit im Sinne des ‚Erfolgserlebens im Beruf‘ einher mit einem geringeren Ausmass an berichteten Rückenschmerzen.

Die Prüfung der Annahme erfolgt auf der Grundlage des Multinomialtests, wie er von Bortz & Lienert (1998, S. 61) für kleine Stichproben empfohlen wird (Ausrechnung von Hand mit Hilfe eines Taschenrechners):

$H_0$  = Das Beobachtungsergebnis ist mit der theoretischen Erwartung zu vereinbaren, nämlich

- kein Belastungserleben  $\pi_1 = 0.5$
- mittleres Belastungserleben  $\pi_2 = 0.5$
- hohes Belastungserleben  $\pi_3 = 0$

$H_A$  = Die untersuchte Stichprobe gehört nicht zu der in der Statistik erfassten Population  
(*ungerichtete* Alternativhypothese)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

**Ergebnis** =  $.12 > .05 \Rightarrow H_A$  wird verworfen. Die beobachtete Verteilung weicht von der unter  $H_0$  erwarteten Verteilung *nicht* ab

Es muss aufgrund des Ergebnisses der Prüfung der Signifikanz des Unterschieds davon ausgegangen werden, dass die beobachtete Verteilung nicht von der erwarteten Verteilung abweicht. Tatsächlich finden sich in der Gruppe des ‚strebsam-zufriedenen Typs‘ erwartungsgemäss lediglich Personen, die sich angesichts ihrer doppelten Einschränkung – nämlich gesundheitlich und erwerblicher Art – kaum oder lediglich mittelmässig belastet fühlen.

(b) Beim ‚*resignativ-unzufriedenen*‘ Rehabilitationstypus wird sich wahrscheinlich der grösste Teil der Probandinnen durch die doppelte Einschränkung äusserst belastet fühlen (T-Wert  $> 70$ ), während sich der kleinere Teil eher im mittleren Belastungsbereich findet (T-Wert  $> 60$  und  $< 70$ ). Diese Plausibilitätsannahme gründet auf dem beobachteten geringen Ausmass der zwei Dimensionen innerhalb des Faktors ‚*Ressource Zufriedenheit*‘, nämlich ‚Erfolgserleben im Beruf‘ und die allgemeine ‚Lebenszufriedenheit‘. Ebenso wird diese Annahme unter Berücksichtigung des tiefen Ausmasses der Dimensionen innerhalb des Faktors ‚*Anforderungsressourcen*‘, insbesondere des ‚Optimismus‘ und des ‚Selbstvertrauens‘ gemacht.

In diesem Zusammenhang treffen wir erneut auf das bereits unter 6.2. erwähnte Phänomen des hohen Ausmasses an ‚Erleben sozialer Unterstützung‘ (Stanine = 5), der von Kaluza et al. (2002) eben als ‚Puffer‘-Effekt der „zunehmenden sozialen Unterstützung“ (S. 162), verstanden als Dämpfung der Auswirkungen insbesondere hoher Belastungen auf die Gesundheit bei einem gleichzeitigen Rückgang der berichteten Rückenbeschwerden bezeichnet wird, und welcher nicht „in unteren und mittleren Bereichen subjektiver Belastung



(...) nachweisbar ist“ (S. 162), sondern vielmehr ausschliesslich bei hohem subjektivem Belastungserleben.

Abbildung 6.6. zeigt die Verteilung des Belastungserlebens für den resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstypus:

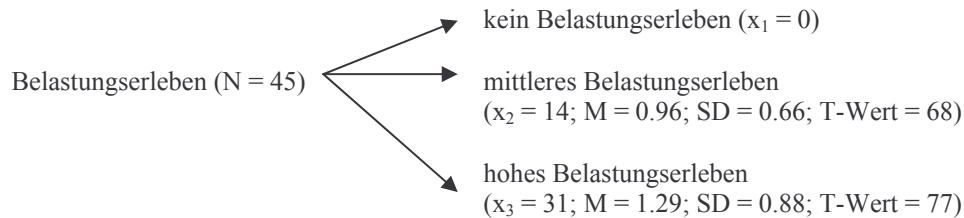


Abbildung 6.6.: Belastungserleben des ‚resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstyps‘

Wie tatsächlich erwartet, erleben die meisten Probandinnen dieser Gruppe (N = 45) ihre Belastung auf einem hohen Niveau ( $x_3 = 31$ ; T-Wert > 70)), während ein kleinerer Teil sich ‚lediglich‘ im mittlerem Ausmass belastet fühlt ( $x_2 = 14$ ; T-Wert 60-69). Die Prüfung dieser Annahme (erneut von Hand mit Hilfe eines Taschenrechners) erfolgt wiederum auf der Grundlage des Multinomialtests:

$H_0$  = Das Beobachtungsergebnis ist mit der theoretischen Erwartung zu vereinbaren, nämlich

- kein Belastungserleben  $\pi_1 = 0$
- mittleres Belastungserleben  $\pi_2 = 0.2$
- hohes Belastungserleben  $\pi_3 = 0.8$

$H_A$  = Die untersuchte Stichprobe gehört nicht zu der in der Statistik erfassten Population  
(*ungerichtete* Alternativhypothese)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

**Ergebnis** =  $4.59 > .05 \Rightarrow H_A$  wird verworfen. Die beobachtete Verteilung weicht von der unter  $H_0$  erwarteten Verteilung *nicht* ab

Auch dieses Ergebnis der Signifikanzprüfung fällt erwartungsgemäss aus: Die beobachtete Verteilung weicht nicht von der erwarteten Verteilung ab. So finden sich in der Gruppe des ‚resignativ-unzufriedenen Typs‘ vorzugsweise diejenigen Probandinnen, die sich angesichts ihrer doppelten Einschränkung – nämlich gesundheitlich und erwerblicher Art – sehr hoch belastet fühlen (T-Wert > 70). Einige der Probandinnen fühlen sich allerdings eher mittelmässig (T-Wert 60-69) belastet.

(c) Wie bereits in der Diskussion des Persönlichkeitsprofils dieser Rehabilitationstypus beschrieben, zeichnet sich die Personengruppe des ‚*angepasst-pflichtbewussten Typs*‘ am ehesten durch eine Anpassung an die gegebenen Erwerbsverhältnisse aus, die sich aus der Notwendigkeit der Ausübung einer Erwerbsarbeit ergibt. Trotz hoher Bedeutsamkeit der Erwerbsarbeit (Stanine = 7) und ausgeprägter offensiver Problembewältigung (Stanine = 6) werden als Quellen der Lebenszufriedenheit möglicherweise kompensatorisch eher ausserberufliche Aktivitäten bevorzugt. Welcher Art diese ausserberuflichen Aktivitäten sind, ist aus den vorhandenen Daten nicht ersichtlich. Diese Personengruppe erlebt sich trotz allem sozial lediglich in geringem Ausmass unterstützt (Stanine = 3), während sich die Dimension der ‚Lebenszufriedenheit‘ insgesamt in ihrem Ausmass eher im unteren Grenzbereich bewegt (Stanine = 4). Innerhalb der ‚*Anforderungsressourcen*‘ finden sich beinahe ausschliesslich

relativ tiefe Werte (Stanine  $\leq 4$ ) mit Ausnahme der Dimension ‚Gesundheitsvorsorge‘ (Stanine = 5). Was wird nun bezüglich des Erlebens der Belastung für diese Gruppe erwartet? Im Vergleich zu den anderen zwei Rehabilitationstypen nimmt diese Gruppe in Bezug auf sämtliche erhobenen Dimensionen eine mittlere Position ein, womit auch ein vorwiegend mittleres Ausmass an subjektivem Belastungserleben begründet werden könnte. Insgesamt ist das Bild also dadurch charakterisiert, dass hohe Anstrengung keine positive emotionale Entsprechung insbesondere in den Bereichen ‚Selbstvertrauen‘ (Stanine = 4) und ‚Optimismus‘ (Stanine = 4) findet, was weiterhin bedeuten kann, der erlebten Belastung trotz ausserberuflicher gesundheitlicher Aktivitäten nicht wirkungsvoll genug begegnet zu können, um beispielsweise ein hohes Ausmass an genereller Lebenszufriedenheit erleben zu können.

Erwartet wird deshalb eine Konzentrierung des Ausmasses des Belastungserlebens im Bereich ‚mittleres Belastungserleben‘ ( $\pi_2 = .9$ ) mit wenigen Ausnahmen, die sich im Bereich des ‚hohen Belastungserlebens‘ ( $\pi_3 = .1$ ) bewegen. Es wird nicht erwartet, dass sich Probandinnen innerhalb der Gruppe ‚kein Belastungserleben‘ ( $\pi_1 = .0$ ) befinden. Die beobachteten Häufigkeiten sind nachfolgend aufgeführt:

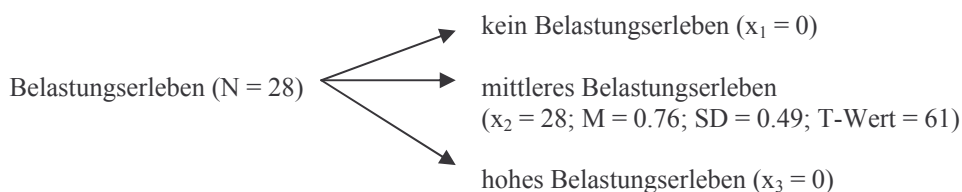


Abbildung 6.7.: Belastungserleben des ‚angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstyps‘

Die Prüfung dieser Nullhypothese erfolgt erneut auf der Grundlage des Multinomialtests (Ausrechnung wiederum von Hand mit Hilfe eines Taschenrechners):

$H_0$  = Das Beobachtungsergebnis ist mit der theoretischen Erwartung zu vereinbaren, nämlich

- kein Belastungserleben  $\pi_1 = 0$
- mittleres Belastungserleben  $\pi_2 = 0.9$
- hohes Belastungserleben  $\pi_3 = 0.1$

$H_A$  = Die untersuchte Stichprobe gehört nicht zu der in der Statistik erfassten Population  
(*ungerichtete* Alternativhypothese)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

**Ergebnis** =  $.0523 > .05 \Rightarrow H_A$  wird knapp verworfen. Die beobachtete Verteilung weicht von der unter  $H_0$  erwarteten Verteilung *nicht* ab

Erneut fällt das Ergebnis der Signifikanzprüfung erwartungsgemäss aus: Die beobachtete Verteilung weicht – wenngleich äusserst knapp – nicht von der erwarteten Verteilung ab. So empfinden sich in der Gruppe des ‚angepasst-pflichtbewussten Typs‘ sämtliche Probandinnen durch ihre doppelte Einschränkung in mittlerem Ausmass belastet.

*Zusammenfassend* lässt sich folgendes aussagen: Es hat sich insgesamt die Annahme bestätigt, dass sich das Belastungserleben je nach Struktur des Rehabilitationstypus unterscheidet. Die zu diesem Themenkomplex verfügbaren Studien (für einen guten Überblick vgl. z.B. Beutel, 1988) zeigen unterschiedliche Ergebnisse - so existieren viele Untersuchungen, die keinen Zusammenhang zwischen 'objektiv', d.h. durch eine Fachperson für Medizin eingeschätztem körperlichem Gesundheitszustand und subjektiver Einschätzung

des psychischen Befindens durch die erkrankte Person finden konnten. Allerdings existieren genau so viele Studien, in denen ein entsprechender Zusammenhang gefunden wurde. Wie lässt sich dieser Widerspruch erklären? Er lässt sich nach Meinung des Autors auf einen methodischen Irrtum zurückführen, nämlich dass bei der Beurteilung des körperlichen Gesundheitszustandes wahrscheinlich aus Gründen des mangelnden Vertrauens in die Urteilsfähigkeit und der Komplexität der Problematik für die betroffene Person nicht das *subjektive* Erleben der betroffenen erkrankten Person hinsichtlich des körperlichen Gesundheitszustandes erfragt wurde, sondern vielmehr versucht wurde, ein Mittel zur Beurteilung des körperlichen Gesundheitszustandes heranzuziehen, das 'Objektivität' verspricht bzw. vom den 'Objektivität' erhofft wird: Medizinischen Fachpersonen wird in Ermangelung objektiver Einschätzungsmöglichkeiten und daraus resultierender Hilflosigkeit aufgrund ihres Status' in der Gesellschaft unhinterfragt die fachliche Kompetenz zugesprochen, sich ultimativ zu den Auswirkungen eines Gesundheitsschadens auf das subjektive Erleben einer jeden erkrankten Person und generell auf die Teilnahmefähigkeit einer beliebigen Person in sämtlichen gesellschaftlichen Bereichen äussern zu können. Dass diese Vorgehensweise in Frage gestellt werden muss - und dies trifft insbesondere auf die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einer versicherten Person zu - zeigen beispielsweise neuere Forschungsergebnisse zum Thema der Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten (z.B. Deneke, 2001).

Breite Unterstützung des oben erwähnten Teilergebnisses findet sich indessen vielmehr in der Forschungsliteratur zum Thema 'subjektiv erlebte Gesundheit und subjektiv eingeschätzte Lebenszufriedenheit'. So zeigte sich in einer Studie von Willits & Crider (1988; N = 1484) mit  $r = .30$  ( $p < .001$ ), dass der subjektive Gesundheitszustand den stärksten Einfluss auf die globale Lebenszufriedenheit hat. Zufriedene Personen fühlten sich demnach gesünder. Das subjektive Belastungserleben ist allen Anschein nach ein wichtiger Faktor zur Beurteilung der erwerblichen Leistungsfähigkeit. Die vorliegenden Ergebnisse lassen sich ebenfalls in Zusammenhang mit einer Studie von Stock & Okun (1982) betrachten, wo ältere, behinderte Personen mit älteren, nichtbehinderten Personen hinsichtlich der Lebenszufriedenheit verglichen wurden. Es zeigte sich ein Zusammenhang mittleren Ausmasses von  $r = .28$  ( $p < .001$ ) zwischen der Dimension 'Lebenszufriedenheit' und 'subjektiv eingeschätztem Gesundheitszustand'. In einer weiteren Studie, die von Willits & Crider (1988) durchgeführt worden ist, zeigte sich ein - wenn auch eher geringer - Zusammenhang ( $r = .16$ ,  $p < .001$ ) zwischen 'subjektiv eingeschätztem Gesundheitszustand' und 'beruflicher Zufriedenheit'. Silveira & Ebrahim (1998) stellten in ihrer Untersuchung (N = 274) folgende Korrelationen zwischen dem Gesundheitszustand (Anzahl der Krankheiten, funktionelle Beeinträchtigungen) und der Lebenszufriedenheit fest: Somalis  $r = - 0.24$  ( $p < .050$ ), Bengalen  $r = - 0.16$  ( $p = .167$ ) und Engländer  $r = - 0.24$  ( $p < .010$ ).

Herschbach (1999) untersuchte den Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Anzahl der Arztkonsultationen in den letzten 12 Monaten bei N = 243 Patienten mit funktionellen gastrointestinalen Störungen. Es ergab sich eine Korrelation von  $r = - 0.23$  ( $p < .001$ ), wobei Unzufriedene häufiger einen Arzt aufsuchten. Die vorhandenen Ergebnisse legen insgesamt nahe zu behaupten, dass das Ausmass an subjektivem Belastungserleben je nach Rehabilitationstypus unterschiedlich zu beurteilen ist. So erlebt der 'strebsam-zufriedene Rehabilitationstyp' das geringste Ausmass an subjektiver psychischer Belastung, während der 'resignativ-unzufriedene Typus' das höchste Ausmass an psychischer Belastung erlebt. Der 'angepasst-pflichtbewusste Rehabilitationstyp' nimmt dabei eine mittlere Stellung ein.

## 6.5. Rehabilitationstyp – Arbeitspensum – Belastungserleben

Es interessiert weiterhin, ob sich die einzelnen Rehabilitationstypen unter Berücksichtigung des jeweiligen Belastungserlebens hinsichtlich des Arbeitspensums *vor Eintritt des Gesundheitsschadens* unterscheiden. Hierzu wurde spezifiziert, ob die jeweiligen Probandinnen vor Eintritt des Gesundheitsschadens und der darauf folgenden Erwerbslosigkeit entweder ein

- (a) volles Arbeitspensum (81 % - 100 %)
- (b) teilzeitliches Arbeitspensum (40 % - 80 %)

ausüben. (Die Entscheidung für das ‚Cut-off‘-Mass von 80 % entspricht den Gepflogenheiten an den schweizerischen IV-Stellen: Ist eine versicherte Person – üblicherweise versicherte Frauen – im Rahmen von 80 % oder weniger erwerbstätig, so gilt sie einerseits als in Teilzeit erwerbstätig, andererseits wird sie als im ‚häuslichen Aufgabenbereich‘ tätig betrachtet, weshalb auch eine dementsprechende Haushaltsabklärung durchgeführt wird; vgl. hierzu das dritte Kapitel.) Tabelle 6.6. gibt einen Überblick über die Verteilung der Arbeitspensum über sämtliche Rehabilitationstypen hinweg, spezifiziert nach den jeweiligen subjektiven Belastungserleben.

Insgesamt waren vor Eintritt des Gesundheitsschadens von  $N = 93$  Probandinnen (100 %) – unabhängig vom jeweiligen subjektiven Belastungserleben –  $N_1 = 43$  Probandinnen (46 %) in Teilzeit erwerbstätig und  $N_2 = 50$  Probandinnen (54 %) in Vollzeit erwerbstätig (keine tabellarische Aufstellung hierzu).

Rehabilitationstyp	Ausmass Belastung			Arbeitspensum		
	keine	mittel	hoch	Vollzeit	Teilzeit	Total
„strebsam-zufriedener Typ“ (N = 20)	8 (40 %)			0 %	8 (100 %)	100 %
		12 (60 %)		8 (67 %)	4 (33 %)	100 %
				<b>8 (100 %)</b>	<b>12 (100 %)</b>	
„resignativ-unzufriedener Typ“ (N = 45)		14 (31 %)		0 %	14 (100 %)	100 %
			31 (69 %)	12 (39 %)	19 (61 %)	100 %
				<b>12 (100 %)</b>	<b>33 (100 %)</b>	
„angepasst-pflichtbewusster Typ“ (N = 28)		28 (100 %)		23 (82 %)	5 (18 %)	100 %
				<b>23 (100 %)</b>	<b>5 (100 %)</b>	

Tabelle 6.6.: Gesamttafel zu ‚Rehabilitationstyp‘ x ‚Belastungserleben‘ x ‚Arbeitspensum‘ (N = 93)

Der statistische Vergleich der jeweiligen Häufigkeiten ergibt folgendes Ergebnis:

$H_0$  = Das Beobachtungsergebnis unterscheidet sich nur zufällig von der theoretisch erwarteten Verteilung von  $\pi = 0.5$

$H_A$  = Die im Beobachtungsergebnis angetroffene Verteilung weicht von der theoretisch erwarteten Verteilung ab. Die Art der Verteilung der beobachteten Häufigkeiten wird dabei nicht berücksichtigt (*ungerichtete* Alternativhypothese)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da beobachtete Häufigkeiten eines 2fach gestuften Merkmals mit erwarteten Häufigkeiten zu vergleichen sind, und zudem eine grössere Stichprobe untersucht wird, soll als Auswertungsverfahren der Mehrfelder-Chi-Quadrat-Test ausgewählt werden

$$\text{Ergebnis} = \chi^2 = 0.526$$

$$\text{Entscheidung} = \chi^2_{df=1; 0.05} = 3.84 \Rightarrow 3.84 > 0.526 \Rightarrow \text{Der erhaltene } \chi^2\text{-Wert erlaubt die Beibehaltung von } H_0$$

Die gewählte Vorgehensweise war geeignet um nachzuweisen, dass die beobachtete Häufigkeit nicht von der theoretisch erwarteten Häufigkeit abweicht: Der Häufigkeitsunterschied zwischen den in Teilzeit und den in Vollzeit erwerbstätigen Probandinnen, die an dieser Studie teilnahmen, ist statistisch nicht als signifikant zu betrachten, weshalb von einem ausgeglichenen Anteil an Teil- und Vollzeiterwerbstätigen auszugehen ist. So wurden denn auch die Probandinnen, die an dieser Studie teilnahmen, nicht explizit hinsichtlich ihres prozentualen Anteiles an Erwerbstätigkeit ausgesucht. Der tatsächliche Anteil an vollzeit- bzw. teilzeiterwerbstätigen versicherten Personen müsste deshalb im Rahmen einer umfassenden Studie zu den Charakteristika sämtlicher Personen, die beruflichen Reintegrationsmassnahmen der Invalidenversicherung unterworfen wurden, abgeklärt werden.

Es interessiert weiterhin, ob sich in den vorhandenen Daten *signifikante Unterschiede zwischen den Arbeitspensen innerhalb der einzelnen Rehabilitationstypen* – lässt man zunächst das jeweilige Belastungsniveau ausser acht – nachweisen lassen. Aus obiger Tabelle 6.6. lässt sich herauslesen, dass innerhalb der Gruppe der ‚strebsam-zufriedenen‘ (N = 20) vor Eintritt des IV-relevanten Gesundheitsschadens 60 % (N = 12) der Probandinnen in Teilzeit und 40 % (N = 8) in Vollzeit erwerbstätig waren. Innerhalb der Gruppe der ‚resignativ-unzufriedenen‘ (N = 45) waren 73 % (N = 33) in Teilzeit und 27 % (N = 12) in Vollzeit erwerbstätig. Für die Gruppe des ‚angepasst-pflichtbewussten Typus‘ (N = 28) gilt, dass 82 % (N = 23) in Teilzeit und 18 % (N = 5) in Vollzeit erwerbstätig waren. Die Überprüfung der Unterschiede zwischen den Variablen ‚Arbeitspensum‘ und ‚Rehabilitationstypus‘ ergibt folgendes Ergebnis:

$H_0$  = Die Arbeitspensen ‚Teilzeit‘ und ‚Vollzeit‘ unterscheiden sich in Bezug auf die drei unterschiedlichen Rehabilitationstypen nur zufällig von der theoretisch erwarteten Verteilung von  $\pi = 0.33$ . Oder: Zwischen dem jeweiligen Rehabilitationstyp und dem Ausmass der Erwerbstätigkeit besteht kein Zusammenhang

$H_A$  = Die im Beobachtungsergebnis angetroffene Verteilung weicht von der theoretisch erwarteten Verteilung ab. Oder: Zwischen dem jeweiligen Rehabilitationstyp und dem Ausmass der Erwerbstätigkeit besteht ein Zusammenhang (*ungerichtete Alternativhypothese*)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da beobachtete Häufigkeiten eines 3fach gestuften Merkmals mit erwarteten Häufigkeiten zu vergleichen sind, und zudem eine grössere Stichprobe untersucht wird, soll als Auswertungsverfahren der ‚k x 2-Felder-Chi-Quadrat-Test‘ ausgewählt werden

$$\text{Ergebnis} = \chi^2_{\text{insgesamt}} = 12.05$$



**Entscheidung** =  $\chi^2 = 12.05$  übersteigt den für  $df = 2$  abzulesenden kritischen Wert von  $\chi^2_{\text{crit.}} = 5.99$ , weshalb  $H_A$  anzunehmen ist

Das signifikant ausgefallene  $k \times 2$ -Chi-Quadrat-Testergebnis signalisiert, dass die untersuchten drei Stichproben in Bezug auf das Alternativmerkmal ‚Arbeitspensum‘ nicht als homogen anzusehen sind, d.h. er weist auf einen statistisch bedeutsamen Unterschied zwischen der Zugehörigkeit zum jeweiligen Rehabilitationstypus und dem Arbeitspensum (Teilzeit oder Vollzeit) hin. Die oben genannten prozentualen Angaben zu den jeweiligen Rehabilitationstypen deuten zusätzlich darauf hin, dass der ‚angepasst-pflichtbewusste Typus‘ den grössten Unterschied zwischen den Arbeitspensum aufweist (82 % Teilzeit vs. 18 % Vollzeit) aufweist. Die Frage, *zwischen welchen Stichproben signifikante Unterschiede bestehen* bzw. welche Stichprobenvergleiche am meisten zum Gesamt- $\chi^2$ -Wert beitragen, wird durch Zerlegung der Gesamttabelle (vgl. Tabelle 6.7.) in Teiltabellen (Vierfeldertabellen) beantwortet (Kimball, 1954). In einem ersten Schritt soll nun deshalb der Zusammenhang zwischen dem Ausmass an Erwerbstätigkeit und (a) ‚strebsam-zufriedenen Rehabilitationstypus‘ und (b) ‚angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstypus‘ untersucht werden.

	Teilzeittätigkeit	Vollzeittätigkeit	Total
‚strebsam-zufrieden‘	12	8	20
‚angepasst-pflichtbewusst‘	5	23	28
Total	17 (von 50)	31 (von 43)	48 (von 93)

Tabelle 6.7.: Teiltabelle zu ‚Rehabilitationstyp‘ x ‚Ausmass der Erwerbstätigkeit‘ (N = 48)

$H_0$  = Die Arbeitspensum ‚Teilzeit‘ und ‚Vollzeit‘ unterscheiden sich in Bezug auf die zwei unterschiedlichen Rehabilitationstypen nur zufällig von der theoretisch erwarteten Verteilung von  $\pi = 0.5$ . Oder: Zwischen dem jeweiligen Belastungsniveau und dem Ausmass der Erwerbstätigkeit besteht kein Zusammenhang

$H_A$  = Die im Beobachtungsergebnis angetroffene Verteilung weicht von der theoretisch erwarteten Verteilung ab. Oder: Zwischen dem jeweiligen Rehabilitationstyp und dem Ausmass der Erwerbstätigkeit besteht ein Zusammenhang (*gerichtete Hypothese*)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da beobachtete Häufigkeiten eines 2fach gestuften Merkmals mit erwarteten Häufigkeiten zu vergleichen sind, und zudem eine grössere Stichprobe untersucht wird, soll als Auswertungsverfahren der ‚ $k \times 2$ -Felder-Chi-Quadrat-Test‘ ausgewählt werden

**Ergebnis** =  $\chi^2 = 8.34$ ; da einseitig getestet wird und der  $\chi^2$ -Wert lediglich einen Freiheitsgrad hat, wird dieser Wert in einen u-Wert der Standardnormalverteilung transformiert  $\Rightarrow 2.89$ . Der kritische Wert für den einseitigen Test und  $\alpha = .05$  lautet  $u_{\text{crit}} = 1.65$ .

**Entscheidung** = Der empirische u-Wert von 2.89 ist grösser, weshalb  $H_0$  verworfen wird

Das statistische Ergebnis zeigt einen signifikanten Unterschied der Häufigkeiten der einzelnen Arbeitspensum innerhalb der einzelnen Rehabilitationstypen ‚strebsam-zufrieden‘ und ‚angepasst-pflichtbewusst‘.

Eine weitere Teiltabelle, die zur Erklärung des Gesamt- $\chi^2$ -Wertes beitragen kann, besteht in der Gegenüberstellung der Rehabilitationstypen ‚strebsam-zufrieden‘ und ‚angepasst-pflichtbewusst‘ zum Rehabilitationstyp ‚resignativ-unzufrieden‘ hinsichtlich des Arbeitspensums:

	Teilzeittätigkeit	Vollzeittätigkeit	Total
‚strebsam-zufrieden‘ und ‚angepasst-pflichtbewusst‘	17	31	48
‚resignativ-unzufrieden‘	33	12	45
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>43</b>	<b>93</b>

Tabelle 6.8.: Teiltabelle zu ‚Rehabilitationstyp‘ x ‚Ausmass der Erwerbstätigkeit‘ (N = 93)

$H_0$  = Die Arbeitspensen ‚Teilzeit‘ und ‚Vollzeit‘ unterscheiden sich in Bezug auf die zwei unterschiedlichen Rehabilitationskategorien nur zufällig von der theoretisch erwarteten Verteilung von  $\pi = 0.5$ . Oder: Zwischen dem jeweiligen Belastungsniveau und dem Ausmass der Erwerbstätigkeit besteht kein Zusammenhang

$H_A$  = Die im Beobachtungsergebnis angetroffene Verteilung weicht von der theoretisch erwarteten Verteilung ab. Oder: Zwischen der jeweiligen Rehabilitationskategorie und dem Ausmass der Erwerbstätigkeit besteht ein Zusammenhang (*gerichtete* Hypothese)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da beobachtete Häufigkeiten eines 2fach gestuften Merkmals mit erwarteten Häufigkeiten zu vergleichen sind, und zudem eine grössere Stichprobe untersucht wird, soll als Auswertungsverfahren der ‚k x 2-Felder-Chi-Quadrat-Test‘ ausgewählt werden

**Ergebnis** =  $\chi^2 = 13.43$ ; da einseitig getestet wird und der  $\chi^2$ -Wert lediglich einen Freiheitsgrad hat, wird dieser Wert in einen u-Wert der Standardnormalverteilung transformiert  $\Rightarrow 3.67$ . Der kritische Wert für den einseitigen Test und  $\alpha = .05$  lautet  $u_{crit} = 1.65$ .

**Entscheidung** = Der empirische u-Wert von 3.67 ist grösser, weshalb  $H_0$  verworfen wird

Auch in diesem Fall wird ein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Kategorien angezeigt.

Zusammenfassend lässt sich interpretieren, dass statistisch verlässliche Anzeichen vorhanden sind, die darauf hinweisen, dass sich die Anzahl der Teilzeiterwerbstätigen in den einzelnen Rehabilitationstypen signifikant unterscheidet: Es arbeiteten also mehr Probandinnen des ‚resignativ-unzufriedenen Typs‘ im Teilzeitverhältnis als Probandinnen des ‚strebsam-zufriedenen Typus‘ und diese wiederum mehr als diejenigen Probandinnen des ‚angepasst-pflichtbewussten Typus‘. Andererseits gilt für die Probandinnen im Vollzeitverhältnis folgende Aussage: Es arbeiteten vor Eintritt des IV-relevanten Gesundheitsschadens mehr Probandinnen des ‚angepasst-pflichtbewussten Typus‘ im Vollzeitverhältnis als Probandinnen des ‚resignativ-unzufriedenen Typus‘ und diese wiederum mehr als diejenigen Probandinnen des ‚strebsam-zufriedenen Rehabilitationstypus‘.

Welche weiteren Unterschiede lassen sich zwischen den einzelnen *Rehabilitationstypen* feststellen? Bezieht man das jeweilige *Belastungsniveau* in der Analyse ein, so zeigt sich folgendes Bild (keine Tabelle):

- (a) Probandinnen, die sich *nicht belastet* ( $N = 8$ ) fühlen, waren ausnahmslos (100 %) im Teilzeitverhältnis erwerbstätig. Sie machen 40 % ( $N = 8$ ) des ‚strebsam-zufriedenen Rehabilitationstypus‘ aus.
- (b) Von denjenigen Probandinnen, die der Kategorie ‚*mittleres Belastungsgefühl*‘ ( $N = 54$ ) zugeordnet wurden, waren die meisten ( $N = 31$ ; 57 %) in Vollzeit erwerbstätig, 43 % dieser Probandinnen ( $N = 23$ ) hingegen in Teilzeit erwerbstätig. Sie verteilen sich auf alle drei Rehabilitationstypen.
- (c) Von denjenigen Probandinnen, die in die Kategorie ‚*hohes Belastungserleben*‘ fallen ( $N = 31$ ), arbeiteten 12 (39 %) vollzeitlich, während 19 Probandinnen (61 %) einer Teilzeiterwerbstätigkeit nachgingen. Bemerkenswerterweise finden sich diese Probandinnen ausschliesslich beim ‚resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstypus‘ (69 % davon).

Lässt man einfacherhalber zunächst die Gruppenzugehörigkeit ausser acht, dann kann gefragt werden: *Ist die Verteilung der Arbeitspensen auf die jeweiligen Belastungsniveaus eher zufälliger Natur oder existieren bedeutsame Unterschiede in der Verteilung?* Tabelle 6.9. gibt eine Übersicht über die diesbezügliche Verteilung:

	Teilzeittätigkeit	Vollzeittätigkeit	Total
kein Belastungserleben	8	0	8
mittleres Belastungserleben	23	31	54
hohes Belastungserleben	19	12	31
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>43</b>	<b>93</b>

Tabelle 6.9.: Gesamttafel zu ‚Belastungserleben‘ x ‚Ausmass der Erwerbstätigkeit‘ ( $N = 93$ )

Die Frage lässt sich wiederum mit Hilfe des ‚k x 2-Felder-Chi-Quadrat-Tests‘ beantworten:

$H_0$  = Die Arbeitspensen ‚Teilzeit‘ und ‚Vollzeit‘ unterscheiden sich in Bezug auf die drei unterschiedlichen Belastungsniveaus nur zufällig von der theoretisch erwarteten Verteilung von  $\pi = 0.33$ . Oder: Zwischen dem jeweiligen Belastungsniveau und dem Ausmass der Erwerbstätigkeit besteht kein Zusammenhang

$H_A$  = Die im Beobachtungsergebnis angetroffene Verteilung weicht von der theoretisch erwarteten Verteilung ab. Oder: Zwischen dem jeweiligen Belastungsniveau und Ausmass der Erwerbstätigkeit besteht ein Zusammenhang (*ungerichtete Alternativhypothese*)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da beobachtete Häufigkeiten eines 3fach gestuften Merkmals mit erwarteten Häufigkeiten zu vergleichen sind, und zudem eine grössere Stichprobe untersucht wird, soll als Auswertungsverfahren der ‚k x 2-Felder-Chi-Quadrat-Test‘ ausgewählt werden

**Ergebnis** =  $\chi^2_{\text{keine Belastung}} = 6.88$

$\chi^2_{\text{mittlere Belastung}} = 2.69$        $\chi^2_{\text{hohe Belastung}} = .68$

Man erkennt, dass die  $\chi^2$ -Komponente für die Gruppe ‚keine Belastung‘ am grössten ist ( $\chi^2_{\text{keine Belastung}} = 6.88$ ), d.h. in dieser Gruppe besteht der grösste Häufigkeitsunterschied zwischen in Teilzeit und in Vollzeit erwerbstätigen Frauen

$\chi^2_{\text{insgesamt}} = 10.29$

**Entscheidung** =  $\chi^2_{\text{insgesamt}} = 10.29$  übersteigt den für  $df = 2$  abzulesenden kritischen Wert von  $\chi^2_{\text{crit.}} = 5.99$ , weshalb  $H_A$  anzunehmen ist

Das signifikant ausgefallene  $k \times 2$ -Chi-Quadrat-Testergebnis weist auf eine Inhomogenität der untersuchten drei Stichproben in Bezug auf das Alternativmerkmal ‚Arbeitspensum‘ hin, d.h. es konnte ein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen der Zugehörigkeit zum jeweiligen Belastungsniveau und dem Arbeitspensum (Teilzeit oder Vollzeit) identifiziert werden.

Die Frage, *zwischen welchen Stichproben signifikante Unterschiede bestehen* bzw. welche Stichprobenvergleiche am meisten zum Gesamt- $\chi^2$ -Wert beitragen, soll erneut durch Zerlegung der Gesamttabelle (vgl. Tabelle 6.6.) in Teiltabellen (Vierfeldertabellen) beantwortet werden. In einem ersten Schritt soll nun der Zusammenhang zwischen dem Ausmass an Erwerbstätigkeit und (a) ‚kein Belastungserleben‘ und (b) ‚mittleres Belastungserleben‘ untersucht werden:

	Teilzeittätigkeit	Vollzeittätigkeit	Total
kein Belastungserleben	8	0	8
mittleres Belastungserleben	23	31	54
Total	31 (von 50)	31 (von 43)	62 (von 93)

Tabelle 6.10.: Teiltabelle zu ‚Belastungserleben‘ x ‚Ausmass der Erwerbstätigkeit‘ (N = 62)

$H_0$  = Die Arbeitspensum ‚Teilzeit‘ und ‚Vollzeit‘ unterscheiden sich in Bezug auf die zwei unterschiedlichen Belastungsniveaus nur zufällig von der theoretisch erwarteten Verteilung von  $\pi = 0.5$ . Oder: Zwischen dem jeweiligen Belastungsniveau und dem Ausmass der Erwerbstätigkeit besteht kein Zusammenhang

$H_A$  = Die im Beobachtungsergebnis angetroffene Verteilung weicht von der theoretisch erwarteten Verteilung ab. Oder: Zwischen dem jeweiligen Belastungsniveau und Ausmass der Erwerbstätigkeit besteht ein Zusammenhang (*gerichtete Hypothese*)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da beobachtete Häufigkeiten eines 2fach gestuften Merkmals mit erwarteten Häufigkeiten zu vergleichen sind, und zudem eine grössere Stichprobe untersucht wird, soll als Auswertungsverfahren der ‚ $k \times 2$ -Felder-Chi-Quadrat-Test‘ ausgewählt werden

**Ergebnis** =  $\chi^2 = 9.24$ ; da einseitig getestet wird und der  $\chi^2$ -Wert lediglich einen Freiheitsgrad hat, wird dieser Wert in einen u-Wert der Standardnormalverteilung transformiert  $\Rightarrow 3.04$ . Der kritische Wert für den einseitigen Test und  $\alpha = .05$  lautet  $u_{\text{crit}} = 1.65$ .

**Entscheidung** = Der empirische u-Wert von 3.04 ist grösser, weshalb  $H_0$  verworfen wird

Es lässt sich damit ein bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Ausmassen an Belastungserleben und dem Ausmass an Erwerbstätigkeit identifizieren. Im zweiten Schritt soll der Unterschied zwischen den Gruppen ‚kein Belastungserleben‘ und ‚hohes und mittleres Belastungserleben‘ betrachtet werden:

	Teilzeittätigkeit	Vollzeittätigkeit	Total
kein Belastungserleben	8	0	8
hohes und mittleres Belastungserleben	42	43	31
Total	50	43	93

Tabelle 6.11.: Teiltafel zu ‚Belastungserleben‘ x ‚Ausmass der Erwerbstätigkeit‘ (N = 93)

$H_0$  = Die Arbeitspensen ‚Teilzeit‘ und ‚Vollzeit‘ unterscheiden sich in Bezug auf die zwei unterschiedlichen Belastungskategorien nur zufällig von der theoretisch erwarteten Verteilung von  $\pi = 0.5$ . Oder: Zwischen den jeweiligen Belastungskategorien und dem Ausmass der Erwerbstätigkeit besteht kein Zusammenhang

$H_A$  = Die im Beobachtungsergebnis angetroffene Verteilung weicht von der theoretisch erwarteten Verteilung ab. Oder: Zwischen den jeweiligen Belastungskategorien und Ausmass der Erwerbstätigkeit besteht ein Zusammenhang (*gerichtete* Alternativhypothese)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da beobachtete Häufigkeiten eines 2fach gestuften Merkmals mit erwarteten Häufigkeiten zu vergleichen sind, und zudem eine grössere Stichprobe untersucht wird, soll als Auswertungsverfahren der ‚k x 2-Felder-Chi-Quadrat-Test‘ ausgewählt werden

**Ergebnis** =  $\chi^2 = 20.64$ ; da einseitig getestet wird und der  $\chi^2$ -Wert lediglich einen Freiheitsgrad hat, wird dieser Wert in einen u-Wert der Standardnormalverteilung transformiert  $\Rightarrow 4.54$ . Der kritische Wert für den einseitigen Test und  $\alpha = .05$  lautet  $u_{crit} = 1.65$ .

**Entscheidung** = Der empirische u-Wert von 4.54 ist grösser, weshalb  $H_0$  verworfen wird

Der Unterschied zwischen den Häufigkeiten der Belastungskategorien ‚keine Belastung‘ und ‚mittlere / hohe Belastung‘ und dem jeweiligen Arbeitspensum ist als signifikant zu betrachten. In einem dritten Schritt soll mit dem gleichen statistischen Verfahren der Unterschied zwischen den Kategorien ‚mittleres Belastungserleben‘ und ‚hohes Belastungserleben‘ auf Signifikanz untersucht werden:

	Teilzeittätigkeit	Vollzeittätigkeit	Total
mittleres Belastungserleben	23	31	54
hohes Belastungserleben	19	12	31
Total	42 (von 50)	43 (von 43)	85 (von 93)

Tabelle 6.12.: Teiltafel zu ‚Belastungserleben‘ x ‚Ausmass der Erwerbstätigkeit‘ (N = 85)

$H_0$  = Die Arbeitspensen ‚Teilzeit‘ und ‚Vollzeit‘ unterscheiden sich in Bezug auf die zwei unterschiedlichen Belastungsniveaus nur zufällig von der theoretisch erwarteten Verteilung von  $\pi = 0.5$ . Oder: Zwischen dem jeweiligen Belastungsniveau und dem Ausmass der Erwerbstätigkeit besteht kein Zusammenhang

$H_A$  = Die im Beobachtungsergebnis angetroffene Verteilung weicht von der theoretisch erwarteten Verteilung ab. Oder: Zwischen dem jeweiligen Belastungsniveau und Ausmass der Erwerbstätigkeit besteht ein Zusammenhang (*gerichtete*  $H_A$ )



Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da beobachtete Häufigkeiten eines 2fach gestuften Merkmals mit erwarteten Häufigkeiten zu vergleichen sind, und zudem eine grössere Stichprobe untersucht wird, soll als Auswertungsverfahren der ‚k x 2-Felder-Chi-Quadrat-Test‘ ausgewählt werden

**Ergebnis** =  $\chi^2 = 2.77$ ; da einseitig getestet wird und der  $\chi^2$ -Wert lediglich einen Freiheitsgrad hat, wird dieser Wert in einen u-Wert der Standardnormalverteilung transformiert  $\Rightarrow 1.66$ . Der kritische Wert für den einseitigen Test und  $\alpha = .05$  lautet  $u_{crit} = 1.65$ .

**Entscheidung** = Der empirische u-Wert von 1.66 ist grösser, weshalb  $H_0$  verworfen wird

Auch in diesem Fall kann von einem – wenngleich äusserst knapp bemessenen – signifikanten Unterschied zwischen den Belastungsgruppen ausgegangen werden. Es arbeiten signifikant mehr Probandinnen ‚ohne Belastungserleben‘ und mit ‚hoher Belastung‘ im Teilzeitverhältnis, während sich die Anzahl Probandinnen mit ‚mittlerem Belastungserleben‘ relativ gleichmässig auf beide Kategorien der Arbeitspensum verteilen.

*Zusammenfassend* können zu den vorliegenden Ergebnissen folgende Aussagen gemacht werden: Greift man zur formalen Beschreibung des Zusammenwirkens von erlebter subjektiver Belastung und Arbeitspensum innerhalb der einzelnen Rehabilitationstypen auf Tabelle 6.6. zurück, so wird ersichtlich, dass die meisten Probandinnen des ‚angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstyps‘ – sämtliche Probandinnen dieses Rehabilitationstyps fühlen sich in mittlerem Ausmass belastet ( $N = 28$ ) – vor Eintritt des Gesundheitsschadens vollzeitlich erwerbstätig waren (82 %;  $N = 23$ ) (18 %;  $N = 5$  teilzeitlich erwerbstätig). Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich bei den Probandinnen des ‚strebsam-zufriedenen Typs‘, wo einerseits immerhin 67 % ( $N = 8$ ) in Vollzeit erwerbstätig waren (33 %;  $N = 4$  in Teilzeit erwerbstätig), diese sich andererseits erneut ausschliesslich der Gruppe der mittelmässig Belasteten zuordnen lassen ( $N = 12$ ). Diejenigen Probandinnen des ‚strebsam-zufriedenen Typs‘, die sich nicht belastet fühlen, arbeiteten ausschliesslich im Teilzeitverhältnis (100 %;  $N = 8$ ). 14 Probandinnen, die dem ‚resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstyp‘ (100 %;  $N = 45$ ) zugerechnet werden, waren teilzeiterwerbstätig (31 %). Von denjenigen Probandinnen dieses Typs, die sich hoch belastet fühlen (69 %;  $N = 31$ ), waren vor Eintritt des IV-relevanten Gesundheitsschadens 19 in Teilzeit erwerbstätig (42 %). Damit waren insgesamt 33 Probandinnen (73 %) in Teilzeit erwerbstätig. Lediglich 12 Probandinnen (27 %) dieses Typs waren vollzeiterwerbstätig.

Lassen sich signifikante Unterschiede in den einzelnen Rehabilitationstypen hinsichtlich des Zusammenwirkens von Belastungserleben und Arbeitspensum identifizieren?

(a) Tabelle 6.13. gibt einen Überblick über die jeweiligen Häufigkeiten zum ‚strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyp‘:

Belastungserleben	Arbeitspensum		Total
	Vollzeit	Teilzeit	
‚keine Belastung‘	0	8	8
‚mittlere Belastung‘	8	4	12

Tabelle 6.13.: Belastungserleben x Arbeitspensum beim ‚strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyp‘ ( $N = 20$ )

Aus obiger Tabelle ist auch ohne Zuhilfenahme statistischer Verfahren klar, dass Probandinnen, die sich *nicht belastet* fühlen, ausnahmslos in Teilzeit erwerbstätig waren. Mit Hilfe des Binominaltests (Ausrechnung von Hand mit dem Taschenrechner) soll weiterhin bestimmt werden, ob der Unterschied zwischen den Arbeitspensum bei Probandinnen, die eine ‚mittlere Belastung‘ aufweisen, als signifikant zu betrachten ist. Es ergibt sich folgendes Ergebnis:

$H_0$  = Der Stichprobenanteil von  $p = 4/12$  an Teilzeiterwerbstätigen unterscheidet sich nur zufällig von der theoretisch erwarteten Verteilung von  $\pi = 0.5$ . D.h. das beobachtete Ergebnis an vollzeiterwerbstätigen Probandinnen  $\pi_1 = 0.67$  unterscheidet sich nicht von der theoretisch erwarteten Verteilung ( $H_0: \pi_1 = \pi$ )

$H_A$  = Die Wahrscheinlichkeit, in Vollzeit erwerbstätig zu sein, ist in der untersuchten Stichprobe grösser als in der erwarteten Verteilung ( $H_A: \pi_1 > \pi$ ) (*gerichtete Alternativhypothese*)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da beobachtete Häufigkeiten eines 2fach gestuften Merkmals mit erwarteten Häufigkeiten zu vergleichen sind, und zudem eine kleine Stichprobe untersucht wird, soll als Auswertungsverfahren der Binominaltest ausgewählt werden

Definitionen = Für den Binominaltest werden die Kennwerte  $x$ ,  $N$  und  $\pi$  benötigt. Die Stichprobengrösse beträgt  $N = 12$ . Gemäss den Testvorschriften, dass  $x$  kleiner sein soll als  $(N - x)$ , stellt  $x$  die Anzahl der Fälle dar, die nicht in Teilzeit erwerbstätig sind:  $x = 12 - 4 = 8$ . Dementsprechend ist  $\pi$  als Anteil der Nicht-Vollzeiterwerbstätigen in der erwarteten Verteilung zu definieren:  $\pi = 1/2$

**Ergebnis** =  $.5 > .05 \Rightarrow H_0$  wird angenommen. Die beobachtete Verteilung weicht von der unter  $H_0$  erwarteten Verteilung *nicht* ab

Das Ergebnis weist darauf hin, dass der Unterschied der Häufigkeit der teilzeit- und den vollzeiterwerbstätigen Probandinnen auf einen Zufall zurückzuführen und deshalb nicht als signifikant zu betrachten ist: Es arbeiteten tatsächlich nicht mehr Probandinnen der Kategorie ‚mittlere Belastung‘ im Vollzeitverhältnis als im Teilzeitverhältnis.

(b) Bei der Betrachtung der Häufigkeiten des ‚resignativ-unzufriedenen Typs‘ kann folgendes festgestellt werden:

Belastungserleben	Arbeitspensum		Total
	Vollzeit	Teilzeit	
‚mittlere Belastung‘	0	14	14
‚hohe Belastung‘	12	19	31

Tabelle 6.14.: Belastungserleben x Arbeitspensum bei ‚resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstyp‘ (N = 45)

Probandinnen, die sich im ‚mittleren Ausmass belastet‘ fühlen, sind ausschliesslich in Teilzeit erwerbstätig. In diesem Fall erübrigt sich eine Überprüfung der Unterschiede auf Signifikanz. Diejenigen, die sich im ‚hohen Masse belastet‘ fühlen, teilen sich in teilzeit- und vollzeiterwerbstätige Probandinnen auf. Die Prüfung auf statistische Signifikanz zeigt folgendes Ergebnis:

$H_0$  = Der Stichprobenanteil von  $p = 12/31$  an Teilzeiterwerbstätigen unterscheidet sich nur zufällig von der theoretisch erwarteten Verteilung von  $\pi = 0.5$ . D.h. das beobachtete Ergebnis an vollzeiterwerbstätigen Probandinnen  $\pi_1 = 0.61$  unterscheidet sich nicht von der theoretisch erwarteten Verteilung ( $H_0: \pi_1 = \pi$ )

$H_A$  = Die Wahrscheinlichkeit, in Vollzeit erwerbstätig zu sein, ist in der untersuchten Stichprobe grösser als in der erwarteten Verteilung ( $H_A: \pi_1 > \pi$ ) (*gerichtete Alternativhypothese*)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da beobachtete Häufigkeiten eines 2fach gestuften Merkmals mit erwarteten Häufigkeiten zu vergleichen sind, und zudem eine kleine Stichprobe untersucht wird, soll als Auswertungsverfahren der Binominaltest ausgewählt werden

Definitionen = Für den Binominaltest werden die Kennwerte  $x$ ,  $N$  und  $\pi$  benötigt. Die Stichprobengrösse beträgt  $N = 31$ . Gemäss den Testvorschriften, dass  $x$  kleiner sein soll als  $(N - x)$ , stellt  $x$  die Anzahl der Fälle dar, die nicht in Teilzeit erwerbstätig sind:  $x = 31 - 12 = 19$ . Dementsprechend ist  $\pi$  als Anteil der Nicht-Vollzeiterwerbstätigen in der erwarteten Verteilung zu definieren:  $\pi = 1/2$

**Ergebnis** =  $.21 > .05 \Rightarrow H_0$  wird angenommen. Die beobachtete Verteilung weicht von der unter  $H_0$  erwarteten Verteilung *nicht* ab

Auch für diesen Fall gilt, dass kein signifikanter Unterschied in der Verteilung der Probandinnen der Kategorie ‚hohe Belastung‘ auf das Ausmass an Erwerbstätigkeit identifiziert werden kann.

(c) Probandinnen des ‚angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstyps‘ fühlen sich ausnahmslos im ‚mittlerem Ausmass belastet‘. Während 28 Probandinnen vor Eintritt des IV-relevanten Gesundheitsschadens in einem vollzeitigen Arbeitsverhältnis standen, waren fünf in Teilzeit erwerbstätig.

Belastungserleben	Arbeitspensum		Total
	Vollzeit	Teilzeit	
‚mittlere Belastung‘	23	5	28

Tabelle 6.15.: Belastungserleben x Arbeitspensum bei ‚angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstyp‘ ( $N = 20$ )

$H_0$  = Der Stichprobenanteil von  $p = 5/28$  an Teilzeiterwerbstätigen unterscheidet sich nur zufällig von der theoretisch erwarteten Verteilung von  $\pi = 0.5$ . D.h. das beobachtete Ergebnis an vollzeiterwerbstätigen Probandinnen  $\pi_1 = 0.82$  unterscheidet sich nicht von der theoretisch erwarteten Verteilung ( $H_0: \pi_1 = \pi$ )

$H_A$  = Die Wahrscheinlichkeit, in Vollzeit erwerbstätig zu sein, ist in der untersuchten Stichprobe grösser als in der erwarteten Verteilung ( $H_A: \pi_1 > \pi$ ) (*gerichtete Alternativhypothese*)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Es liegen alternative Kategorien vor; der erwartete Anteil der beiden Kategorien ist definiert. Da grössere Häufigkeitsziffern vorliegen, wird der Binominaltest nach dem Näherungsverfahren (‚Chi-Quadrat-Anpassungstest für Alternativdaten‘) angewendet

**Ergebnis** =  $\chi^2 = 11.57$

**Entscheidung:**  $\chi^2_{\text{crit.}; \alpha = .05; df = 1} = 2.71$  für eine einseitige Fragestellung. Da der empirische  $\chi^2$ -Wert grösser ist als der kritische ( $11.57 > 2.71$ ), wird  $H_0$  zugunsten von  $H_A$  verworfen

Es zeigt sich klar, dass mehr Probandinnen vom ‚angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstyp‘ im Vollzeit- als im Teilzeitverhältnis erwerbstätig waren.

Die Ergebnisse weisen *insgesamt betrachtet* auf eine unterschiedliche Verteilung hinsichtlich der interessierenden Variablen hin:

- (a) Probandinnen des '*strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyps*' sind vermehrt in Teilzeit erwerbstätig und fühlen sich weniger belastet.
- (b) Probandinnen des '*resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstypus*', die sich in hohem Ausmass belastet fühlen, finden sich relativ gleichmässig verteilt bei den in Teilzeit und in Vollzeit erwerbstätigen Probandinnen. Fühlen sie sich hingegen in mittlerem Ausmass belastet, so sind sie eher teilzeithlich erwerbstätig.
- (c) Probandinnen schliesslich des '*angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstypus*' fühlen sich ausnahmslos in mittlerem Ausmass belastet, gleichzeitig sind sie eher in Vollzeit erwerbstätig.

## 6.6. *Rehabilitationstypus und Zufriedenheit mit dem Einkommen*

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung interessiert in Verbindung mit der jeweiligen Rehabilitationstypen das Ausmass der Zufriedenheit mit dem Einkommen *nach Eintritt des Gesundheitsschadens*. Diese Frage interessiert insofern, als dass in der vorhandenen Literatur ein durchwegs enger Zusammenhang zwischen ‚Lebenszufriedenheit‘ und ‚sozioökonomischem Status‘ (definiert durch Einkommen, Schulbildung und Beruf) identifiziert wurde. Besonders eindrücklich zeigt sich dieses Ergebnis in der Untersuchung von Fahrenberg, Hampel & Selg (1994). In vielen weiteren Studien wurde immer wieder demonstriert, dass Menschen verschiedener Schicht, verschiedener Einkommenslage und Ausbildung, verschiedenen Alters, Geschlechts und mit gesundheitlichen Einschränkungen, über Wohlbefindenswerte – einem übergeordneten Konstrukt, das zusätzlich zum eher kognitiv geprägten Konstrukt ‚Lebenszufriedenheit‘ gleichzeitig eine affektive Komponente berücksichtigt (vgl. dazu Diener, 1994; Diener et al., 1999) – berichten, die über dem theoretischen Mittel der jeweiligen Skala, also im moderat positiven Bereich liegen (zum Überblick vgl. z.B. Abele & Becker, 1991; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Analysiert man etwa den Effekt objektiver Kontextbedingungen, wie des Einkommensniveaus, auf das subjektive Wohlbefinden innerhalb von Ländern, so ergibt sich in Deutschland eine Korrelation erster Ordnung von  $r = .15$ . Nach statistischer Kontrolle der Persönlichkeitscharakteristiken sinkt dieser Zusammenhang sogar auf null (Staudinger, Fleeson & P. Baltes, 1999). Varianzanalytisch gesprochen lässt sich also kein unabhängiger Anteil von Kontextvariablen an der Varianz der Wohlbefindenswerte feststellen.

Auch dieser Befund wurde mit verschiedenen heterogenen Stichproben und verschiedenen objektiven Indikatoren (z.B. Geschlecht, Ausbildungsniveau) repliziert (z.B. Diener et al., 1999). Vergleicht man den Zusammenhang zwischen Einkommen und subjektivem Wohlbefinden über Länder hinweg, ergeben sich höhere positive korrelative Zusammenhänge. Es wird allerdings aus ressourcentheoretischer Sicht (vgl. hierzu Hobfoll,

1998) in Zweifel gezogen, dass dieser positive Zusammenhang alleine auf das unterschiedliche Einkommen zurückzuführen ist, da sich diese Länder auch in vielen anderen wohlbefindensrelevanten Dimensionen unterscheiden (Diener et al., 1999). Zweifellos ist das Kriterium ‚Einkommen‘ zentral für die Deckung existenzieller Grundbedürfnisse und insofern ist hier auch ein positiver Zusammenhang zu erwarten. Allerdings spielt das Einkommen in Ländern, in denen diese Bedürfnisse gesichert sind, in der Genese des Wohlbefindens keine zentrale Rolle.

Weshalb nun dieses Kriterium trotz allem in die vorliegende Studie mit berücksichtigt wird, findet seine Begründung darin, dass gerade die Aufrechterhaltung der Ressource ‚gesichertes monatliches Einkommen‘ durch den schleichenden oder abrupt eingetretenen Gesundheitsschaden massiv gefährdet ist. Es wird also nicht das Zufriedenheitsausmass *vor Eintritt des Gesundheitsschadens* erhoben, sondern vielmehr die Zufriedenheit mit dem Einkommen *nach Eintritt des erwerblich einschränkenden Gesundheitsschadens*. Da die Probandinnen, bevor sie zur Abklärung ihrer erwerblichen Eingliederungsmöglichkeiten der IV-Berufs- und Laufbahnberatung überwiesen wurden, bereits seit mehreren Monaten – mindestens jedoch seit sechs Monaten – nicht mehr erwerbstätig waren und ein Krankentaggeld zur Überbrückung des Zeitraumes von höchstens 720 Tage erhielten, war es möglich, das Ausmass der Zufriedenheit mit der *derzeitigen finanziellen Lage* zu bestimmen. Die Höhe des Taggeldes entspricht üblicherweise jeweils ungefähr 80 % des letzten Monatsgehaltes vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Nun wurden die Probandinnen unter anderem danach in die dieser Studie zugrunde liegenden Stichprobe aufgenommen, dass ihr monatliches Gehalt vor Eintritt des Gesundheitsschadens *bei einer 100 % igen Erwerbstätigkeit* ungefähr innerhalb der Lohnspanne einer schweizer Arbeitnehmerin von Fr. 3 500.—und Fr. 5 000.—liegt (Lohnstrukturhebung des Bundesamtes für Statistik, Tabelle B10.1; Fachkenntnisse vorausgesetzt bzw. einfache Tätigkeiten). Für eine Teilzeiterwerbstätigkeit vermindert sich das monatliche Gehalt entsprechend dem prozentualen Ausmass des Teilzeitverhältnisses.

Die Identifizierung der Zufriedenheit mit dem Einkommen geschieht mit dem ‚Fragebogen zur Lebenszufriedenheit‘ FLZ von Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler (2000), womit die Zufriedenheit in sieben unterschiedlichen Lebensbereichen erfasst werden kann – so auch im Bereich ‚Finanzielle Lage‘, der mit sieben Fragen berücksichtigt wird (Antwortmöglichkeit auf der Basis von sieben Abstufungen von ‚sehr unzufrieden‘ bis ‚sehr zufrieden‘). Die Probandinnen werden aufgrund ihrer Antworten den drei Kategorien ‚sehr zufrieden‘, ‚zufrieden‘ und ‚unzufrieden‘ zugeteilt. Dabei wird eine Unterscheidung zwischen den drei Rehabilitationstypen gemacht. Tabelle 6.16. gibt hierzu einen Überblick:

Rehabilitationstyp	N	Ausmass der Zufriedenheit mit dem Einkommen		
		unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
- ‚strebsam-zufriedener Typ‘	20	4	16	0
- ‚angepasst-pflichtbewusster Typ‘	45	26	19	0
- ‚resignativ-unzufriedener Typ‘	28	18	10	0

Tabelle 6.16.: Verteilung des Ausmasses der Zufriedenheit mit dem Einkommen nach Eintritt des Gesundheitsschadens, jeweils nach Rehabilitationstyp

Zur näheren Erklärung möglicher identifizierter Unterschiede in den Zufriedenheitsausmassen bieten die Ausführungen von Bruggemann (1974, 1976) zum Thema



„Arbeitszufriedenheit“. Gerade hierzu bietet die Autorin eine bemerkenswerte Unterscheidung von „Arbeitszufriedenheiten“. Bruggemann (1974, S. 281) definiert „Arbeitszufriedenheit“ als Insgesamt der Einstellungen zum betrieblichen Arbeitsverhältnis mit all seinen Aspekten. Ein wichtiger Teilaspekt dabei ist nun die uns interessierende Einkommenszufriedenheit. Die Autorin geht davon aus, dass sich im Bereich des betrieblichen Arbeitsverhältnisses situationsspezifische Bedürfnisse und Erwartungen herausbilden, die von der arbeitenden Person mit den tatsächlichen Merkmalen der Arbeitssituation verglichen werden. Daraus ergibt sich – immer auf dem Hintergrund der dieser Person verfügbaren Ressourcen – ein ständig neuer mehr oder weniger bewusster Soll-Wert für konkrete Befriedigungsmöglichkeiten aus dem Arbeitsverhältnis. Der Ist-Wert spiegelt die tatsächlichen Befriedigungsmöglichkeiten wider. Der abwägende Vergleich zwischen diesem Ist- und dem Soll-Wert führt dann zu einem Urteil auf der Skala „befriedigend / unbefriedigend“ oder eben „zufrieden / unzufrieden“.

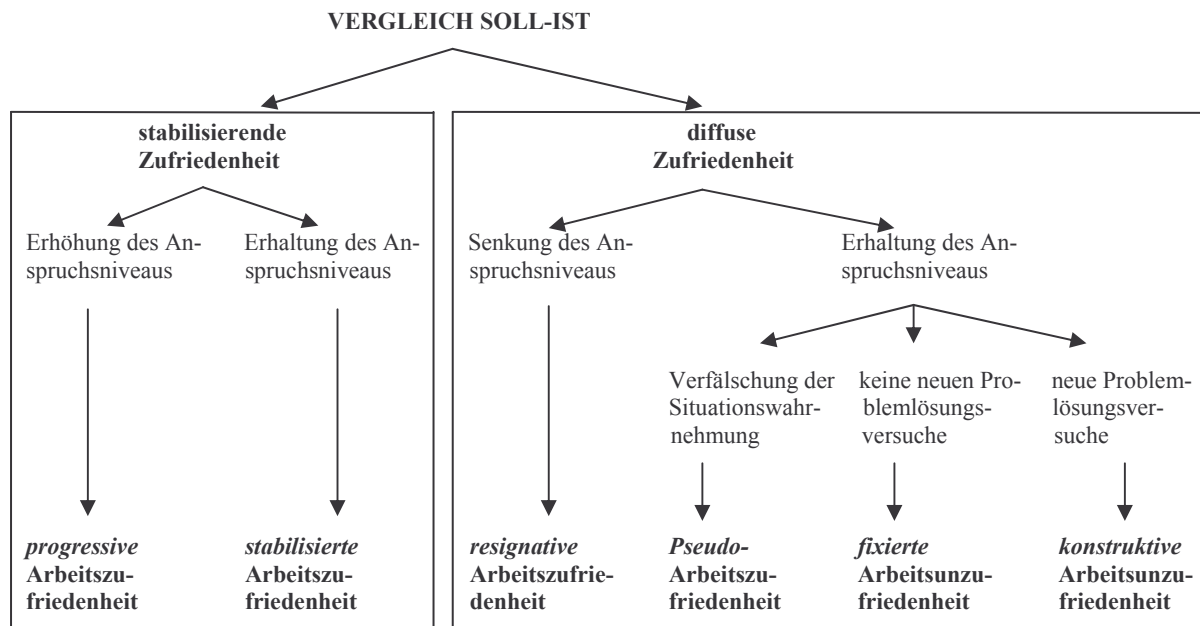
Im Falle der Feststellung von Befriedigung tritt zunächst eine Periode der Entlastung und Stabilisierung ein (*stabilisierende Arbeitszufriedenheit*). Eine Ausweitung des Anspruchsniveaus kann in zwei Richtungen erfolgen:

- (a) Zum einen können nämlich weitergesteckte Zielvorstellungen und Erwartungen bezüglich der Arbeitssituation entstehen – Bruggemann (1976, S. 71) spricht in diesem Zusammenhang von *progressiver Arbeitszufriedenheit*. Diese Form beinhaltet wegen der ständigen Anspruchserweiterung – im Sinne eines „unstillbaren Bedürfnisses“ (Gollwitzer, 1987) – wiederum ein Defizit an Zufriedenheit. Diese Form der Zufriedenheit lässt sich beispielsweise anhand des folgenden Items charakterisieren: „Ich bin zufrieden und kann es noch weit bringen“.
- (b) Die Alternative dazu ist die *stabilisierte Arbeitszufriedenheit*, die sich dann ergibt, wenn die Erweiterung der Bedürfnisse sich nicht auf die Arbeitssituation, sondern gleichzeitig auch auf andere Lebensbereiche konzentriert. Eine derartige Entwicklung kann einmal dadurch begünstigt werden, dass das Arbeitsverhältnis keine weiteren Anreize zur Realisierung bewusster, aber weniger dringender Bedürfnisse anbietet. Zweitens besteht die Möglichkeit, dass konkrete, früher zurück gestellte Bedürfnisse, die sich nicht auf arbeitsbezogene Bereiche richten, infolge stabilisierender Befriedigung in der Arbeitssphäre stärker in den Vordergrund treten als arbeits- und berufsbezogene Bedürfnisse (Bruggemann, 1976, S. 71). Ein Itembeispiel dazu wäre „Ich bin zufrieden, hoffentlich bleibt es so“.

Wird ein Bedürfnis im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses nicht befriedigt, so erfolgt nach Bruggemann (1976, S. 71) eine Destabilisierung der derzeitigen Arbeitssituation, die die Autorin als *diffuse Arbeitsunzufriedenheit* bezeichnet. Erfolgt die Lösung dieser problematischen Situation, indem das Anspruchsniveau mehr oder weniger bewusst gesenkt wird, so kann die Folgeentwicklung zu einer formal positiven Ausprägung von Arbeitszufriedenheit auf diesem verminderten Anspruchsniveau führen.

- (c) Diese „positive“ Arbeitszufriedenheit ist jedoch nicht mehr das Ergebnis eines Vergleiches zwischen Ist- und Soll-Wert, denn hier hat das unerfüllte Bedürfnis aus der Problemsituation eine Abweichung von den anfänglichen Erwartungen bewirkt, was sich in einer Soll-Wert-Verminderung zeigt – darin eine *resignative Arbeitszufriedenheit* zu sehen, ist naheliegend (Bruggemann, 1976, S. 71). Ein

mögliches Item-Beispiel könnte dabei lauten: „Ich bin zufrieden, in der Not frisst der Teufel Fliegen“.



**Abbildung 6.8.:** Formen der Arbeitszufriedenheit – Abbildung in Anlehnung an Bruggemann, 1976, S. 71 f.

Wenn im Durchgangsstadium diffuser Unzufriedenheit das ursprüngliche Anspruchsniveau konstant gehalten wird, zeichnen sich drei unterschiedliche Entwicklungsmöglichkeiten ab. Welche von diesen dreien realisiert wird, hängt davon ab, ob die Lage für die arbeitende Person eine problematische, aber noch bewältigbare Lage bleibt, oder ob sich für ihn daraus eine Frustrationslage im engeren Sinne entwickelt.

- (d) die *konstruktive* Arbeitsunzufriedenheit ist gekennzeichnet durch die Einsicht in Lösungsalternativen und gleichzeitiger Motivation zu produktiven Lösungsversuchen auf neuen Wegen. Bruggemann (1976, S. 71) spricht in diesem Zusammenhang von einer gewissen „Frustrationstoleranz“, die es der arbeitenden Person ermöglicht, der Tatsache bewusst zu bleiben, dass die am ursprünglichen Anspruchsniveau gemessene Lage unbefriedigend ist und eine Änderung dringend notwendig ist, womit – erneut auf der Grundlage der verfügbaren Ressourcen – eine Zielgerichtetheit im Sinne einer Veränderungsmotivation verbunden ist („Ich bin unzufrieden, wenn sich nichts ändert, suche ich mir eine neue Stelle“).
- (e) Die *fixierte* Arbeitsunzufriedenheit ist dadurch charakterisiert, dass sich für die betroffene Person mit der Lagebeurteilung keine weiterführenden produktiven Lösungsmöglichkeiten und –versuche verbinden. Die Unzufriedenheitsfeststellung erscheint fixiert und ausweglos (Bruggemann, 1976, S. 71). Ein Beispielitem dazu könnte lauten: „Ich bin unzufrieden und weiss nicht, was ich tun soll“.
- (f) Eine derartige unlösbare, durch die eigenen Ressourcen nicht veränderbare Lage könnte nach Bruggemann (1976, S. 71) allerdings auch zu einer sogenannten *Pseudo-Arbeitszufriedenheit* führen, die durch eine realitätsverleugnende Problemverarbeitung im Sinne einer Problemverdrängung oder einer Verfälschung der Arbeitssituation charakterisiert ist, durch die die arbeitende Person die per se problematische Arbeitssituation noch als erträglich empfinden kann.

Betrachtet man nun zunächst einmal die Verteilung des Zufriedenheitsausmasses innerhalb den drei Rehabilitationstypen, so fällt *insgesamt* auf, dass sich keine einzige Probandin ‚sehr zufrieden‘ über das Ausmass ihres Einkommens nach Eintritt des Gesundheitsschadens äussert. Vielmehr verteilen sich die Einschätzungen auf die Antwortkategorien ‚unzufrieden‘ und ‚zufrieden‘, wobei auch hier bemerkenswerte Unterschiede festzustellen sind: Der ‚*strebsam-zufriedene Rehabilitationstyp*‘ (N = 20) zeichnet sich vornehmlich durch Probandinnen aus, die mit dem Einkommen ‚zufrieden‘ (N = 16) sind, und lediglich wenige (N = 4) fühlen sich vollständig unzufrieden mit ihrem derzeitigen Einkommen. Empirische Befunde in diesem Befund zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen höherem Ausmass an Wohlbefinden und mittleren bis hohen Extraversionswerten (ähnlich dem in der vorliegenden Studie verwendeten Konzept der ‚Selbstbehauptung‘), niedrigen Neurotizismuswerten, Optimismus und Selbstwirksamkeitserleben. Allerdings klären diese Persönlichkeitscharakteristika wie bereits oben erwähnt keineswegs den Löwenanteil der Varianz in den Werten des subjektiven Wohlbefindens auf (z.B. Costa, McCrae & Zonderman, 1987). Ähnlich interpretierbare empirische Ergebnisse weist die vorliegende Studie auf, wenn das Ausmass an Zufriedenheit mit dem Einkommen mit dem differentiellen Persönlichkeitsprofil in Bezug gebracht wird: Probandinnen dieses Rehabilitationstypus‘ zeichnen sich durch hohen beruflichen Ehrgeiz (Stanine = 7), durch ausgeprägte Masse im Bereich offensiver Problembewältigung (Stanine = 6) und Selbstbehauptung (Stanine = 6) bei ausgeprägtem Sinn für Gesundheitserhaltung (Stanine = 7) aus. Gleichzeitig fühlen sie sich sozial durchwegs gut unterstützt (Stanine = 5). Ebenso weisen sie insgesamt betrachtet eine hohe Lebenszufriedenheit (Stanine = 6) auf. In Bezug auf die Unterscheidungen von Bruggemann (1974, 1976) drängt sich am ehesten die Vermutung auf, dass diese Probandinnen eine ‚*stabilisierte Arbeitszufriedenheit*‘ aufgebaut haben.

Im Unterschied zu diesem Rehabilitationstyp zeigt sich in den anderen Rehabilitationstypen grundsätzlich ein anderes Bild: Hier dominieren Einschätzungen innerhalb der Kategorie ‚unzufrieden‘, wobei die ‚zufriedenen‘ Probandinnen lediglich quantitativ betrachtet allerdings jeweils eine nicht geringe Minderheit hierzu darstellen. Auch in diesem Fall ist es tendenziell aufgrund der differentiellen Persönlichkeitsprofile nachvollziehbar, weshalb sich die meisten Probandinnen mit ihrer Einkommenssituation ‚unzufrieden‘ fühlen, und weshalb sich eine nicht geringe Minderheit wiederum als ‚zufrieden mit dem Einkommen‘ erklärt: Der ‚*angepasst-pflichtbewusste Rehabilitationstyp*‘, charakterisiert als eine Person, die der Erwerbstätigkeit eine extrem hohe Bedeutung (Stanine = 7) zuschreibt und erstaunlicherweise trotzdem wenig Optimismus (Stanine = 3) in der Bewältigung alltäglicher Anforderungen (Stanine = 6) und kommunikativer Aktivität zeigt, hat sich mit der bestehenden beruflichen Situation wahrscheinlich nahezu abgefunden und erwartet durch eine Arbeitsplatzveränderung kaum Verbesserungen ihrer finanziellen Situation. Es drängt sich in diesem Zusammenhang der Gedanke einer ‚*resignativen*‘ Art der Zufriedenheit auf (N = 19) – ganz im Gegensatz zum Anteil derjenigen Probandinnen, die ihre finanzielle Situation als schlecht (= unzufrieden) (N = 26) betrachten und damit ihrem Empfinden klar Ausdruck verleihen (‚*fixierte Arbeitszufriedenheit*‘).

Der ‚*resignativ-unzufriedene Rehabilitationstyp*‘ betrachtet die Erwerbstätigkeit im Vergleich mit den übrigen Rehabilitationstypen als am unbedeutendsten für sein Leben (Stanine = 3). Er zeigt anscheinend kaum Bestrebungen, sich in Bezug auf berufliche Tätigkeiten aktiv zu betätigen (Stanine = 4). Gleichzeitig entwickelt er kaum beruflichen Ehrgeiz (Stanine = 3) und sieht sich auch gegenüber alltäglichen Anforderungen als nicht optimistisch. Seine Lebenszufriedenheit ist auf einem Tiefpunkt: Das finanzielle Einkommen durch eine Erwerbstätigkeit bietet ihm wahrscheinlich kaum einen wirklichen Anreiz (mehr). Mit der Übereinstimmung innerhalb der Kategorie ‚zufrieden‘ (N = 10) überlappen sich

wahrscheinlich beide Rehabilitationstypen (*‚resignativ-unzufrieden‘* und *‚angepasst-pflichtbewusst‘*), wenn man davon ausgeht, dass auch hier ein psychischer Mechanismus wirkt, der letztendlich zur *‚resignativen Zufriedenheit‘* mit dem Einkommen führt.

Lässt sich nun in statistischer Hinsicht ein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Rehabilitationstypen und dem jeweiligen Ausmass der Zufriedenheit mit dem Einkommen feststellen? Hierzu folgendes Ergebnis:

$H_0$  = Es lässt sich kein signifikanter Unterschied in der Verteilung der Zufriedenheit mit Einkommen zwischen den einzelnen Rehabilitationstypen feststellen.

$H_A$  = Der Unterschied in der Verteilung des Ausmasses der Zufriedenheit mit dem Einkommen zwischen den einzelnen Rehabilitationstypen lässt sich wahrscheinlich auf die Charakteristika der einzelnen Rehabilitationstypen zurückführen (*ungerichtete* Alternativhypothese)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da beobachtete Häufigkeiten eines 3fach gestuften Merkmals mit erwarteten Häufigkeiten zu vergleichen sind, und zudem eine grössere Stichprobe untersucht wird, wird als Auswertungsverfahren der *Pearson-Chi-Quadrat-Test* gewählt

**Ergebnis:**  $\chi^2_{0.05; df=2} = 10.489 \Rightarrow \text{Asymp. Sig.} = .005$   
 $10.489 > 5.99 \Rightarrow H_A$  wird angenommen. Die beobachtete Verteilung weicht bei einem angenommenen Signifikanzniveau von 0.05 von der unter  $H_0$  erwarteten Verteilung ab

Die Signifikanztestung zeigt, dass im Sinne der Alternativhypothese von einem signifikanten Unterschied zwischen den einzelnen Rehabilitationstypen und dem jeweiligen Ausmass an Zufriedenheit mit dem Einkommen ausgegangen werden kann. Dasselbe Ergebnis ergibt sich, wenn die Ausgangsfrage im Sinne der 'Bestimmung der Kontingenz' (atoner Zusammenhang) beantwortet wird:

$H_0$  = Zwischen den einzelnen Rehabilitationstypen und dem Ausmass der Zufriedenheit mit dem Einkommen besteht kein Zusammenhang

$H_A$  = Es gibt einen Zusammenhang zwischen den Rehabilitationstypen und dem Ausmass der Zufriedenheit mit dem Einkommen (*ungerichtete* Alternativhypothese)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Gefragt wird nach dem Zusammenhang eines 3fach (Rehabilitationstypus) und eines 3fach (Ausmass der Zufriedenheit) gestuften nominalen Merkmals. Als Zusammenhangsmass soll der *Cramér's-Index (CI-Koeffizient)* berechnet werden

**Ergebnis:**  $CI = 0.336$ ; Als kritischer  $\chi^2_{crit.; 0.05; df=2}$  gilt 5.99 (zweiseitig). Es gilt demnach  $0.336 < 5.99 \Rightarrow$  der empirische  $\chi^2$ -Wert ist erheblich grösser, d.h.  $H_0$  ist zu verwerfen: Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Typenzugehörigkeit und dem jeweiligen Ausmass an Zufriedenheit mit dem Einkommen.

Es kann damit davon ausgegangen werden, dass zwischen der Typenzugehörigkeit und dem Ausmass der Zufriedenheit mit dem Einkommen ein bedeutsamer Zusammenhang in dem Sinne besteht, dass sich die Probandinnen des 'strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyps' am ehesten mit ihrem Einkommen zufrieden zeigen, während sich die Probandinnen der zwei anderen Rehabilitationstypen eher nicht zufrieden mit ihrem derzeitigen Einkommen zeigen.

Im folgenden sollen die differentiellen Rehabilitationstypen im einzelnen betrachtet werden.

(a) Der *'strebsam-zufriedene Rehabilitationstyp'*: Erwartet wird eine Konzentrierung auf den Bereich *'zufrieden'* ( $\pi_2 = .9$ ) mit wenigen Ausnahmen, die im Bereich *'unzufrieden'* ( $\pi_1 = .1$ ) aufzufinden sind. Es wird nicht erwartet, dass sich Probandinnen des *'strebsam-zufriedenen'* Rehabilitationstyps innerhalb der Gruppe *'sehr zufrieden'* ( $\pi_3 = .0$ ) befinden. Die beobachteten Häufigkeiten sind nachfolgend aufgeführt:

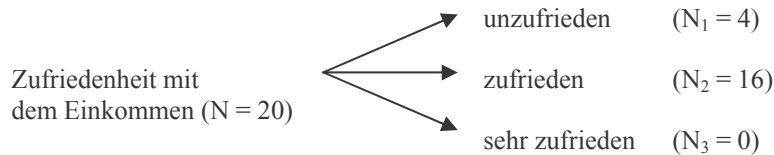


Tabelle 6.17.: Beobachtete Häufigkeiten zur Zufriedenheit mit dem Einkommen (nach Eintritt des Gesundheitsschadens) beim Rehabilitationstyp *'strebsam-zufrieden'*

Die Prüfung dieser Nullhypothese erfolgt auf der Grundlage des Multinomialtests (Ausrechnung manuell mit Hilfe eines Taschenrechners):

$H_0$  = Das Beobachtungsergebnis ist mit der theoretischen Erwartung zu vereinbaren, nämlich

- unzufrieden  $\pi_1 = 0.1$
- zufrieden  $\pi_2 = 0.9$
- sehr zufrieden  $\pi_3 = 0$

$H_A$  = Die untersuchte Stichprobe gehört nicht zu der theoretisch definierten Population (*ungerichtete* Alternativhypothese)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

**Ergebnis** =  $.090 > .05 \Rightarrow H_A$  wird verworfen. Die beobachtete Verteilung weicht von der unter  $H_0$  erwarteten Verteilung *nicht* ab

Deutlich wird auch durch dieses Verfahren gezeigt, dass die theoretisch definierte Erwartung der Verteilung der Probandinnen auf die Zufriedenheitskategorien mit der beobachteten Verteilung übereinstimmt.

(b) Der *'resignativ-unzufriedene Rehabilitationstyp'*: Erwartet wird eine Konzentrierung auf den Bereich *'unzufrieden'* ( $\pi_1 = .6$ ) mit einer beachtenswerten Anzahl Probandinnen, die im Bereich *'zufrieden'* ( $\pi_2 = .4$ ) aufzufinden sind. Es wird nicht erwartet, dass sich Probandinnen dieses Typs innerhalb der Gruppe *'sehr zufrieden'* ( $\pi_3 = .0$ ) befinden. Die beobachteten Häufigkeiten sind nachfolgend aufgeführt:

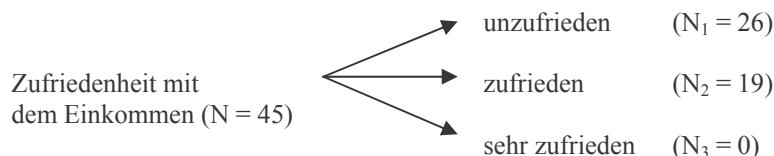


Tabelle 6.18: Beobachtete Häufigkeiten zur Zufriedenheit mit dem Einkommen (nach Eintritt des Gesundheitsschadens) beim Rehabilitationstyp *'resignativ-unzufrieden'*

Die Prüfung dieser Nullhypothese erfolgt erneut auf der Grundlage des Multinomialtests:



$H_0$  = Das Beobachtungsergebnis ist mit der theoretischen Erwartung zu vereinbaren, nämlich

- unzufrieden  $\pi_1 = 0.6$
- zufrieden  $\pi_2 = 0.4$
- sehr zufrieden  $\pi_3 = 0$

$H_A$  = Die untersuchte Stichprobe gehört nicht zu der theoretisch definierten Population  
(*ungerichtete* Alternativhypothese)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

**Ergebnis** =  $.011 < .05 \Rightarrow H_A$  wird akzeptiert. Die beobachtete Verteilung weicht von der unter  $H_0$  erwarteten Verteilung ab

Es findet sich keine Übereinstimmung zwischen erwarteter und beobachteter Verteilung – selbst dann nicht, wenn das Signifikanzniveau, d.h. die Höchstgrenze der  $\alpha$ -Fehler-Wahrscheinlichkeit auf 1 %, erhöht wird. Es beurteilen nicht signifikant mehr Probandinnen dieses Rehabilitationstyps ihre finanzielle Lage als ‚nicht zufriedenstellend‘ (58 %) als Probandinnen, die ihre finanzielle Lage mit dem Attribut ‚zufriedenstellend‘ (42 %) beurteilen. Wie lässt sich dieses doch unerwartete Ergebnis erklären? Eine Möglichkeit besteht darin, dass von unterschiedlichen Arten der Zufriedenheit mit dem Einkommen ausgegangen wird.

Gerade das Konzept der *diffusen Arbeitszufriedenheit* bietet sich im Zusammenhang mit dem Rehabilitationstyp ‚resignativ-unzufrieden‘ – also demjenigen Rehabilitationstyp, der seine erwerbliche Gesamtsituation auffallend negativ beurteilt – zur Erklärung dieser ‚statistischen Ungereintheit‘ an: Es lässt sich annehmen, dass wahrscheinlich Prozesse im Sinne der ‚*resignativen Arbeitszufriedenheit*‘ diejenigen Probandinnen, die sich als ‚nicht zufriedenstellend‘ (58 %) geäußert haben, zu diesem Urteil bewogen wurden, während zufriedengestellte Probandinnen (42 %) wahrscheinlich eher Prozesse im Sinne der ‚*fixierten Arbeitszufriedenheit*‘ durchmachten. Diese Behauptungen bleiben allerdings unüberprüft.

(c) Der ‚*angepasst-pflichtbewusste Rehabilitationstyp*‘: Erwartet wird eine gleichmässige Verteilung der Zufriedenheit auf die Bereiche ‚*unzufrieden*‘ ( $\pi_3 = .5$ ) und ‚*zufrieden*‘ ( $\pi_1 = .5$ ). Es wird im Gegenzug nicht erwartet, dass sich Probandinnen des ‚angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstyps‘ innerhalb der Gruppe ‚*sehr zufrieden*‘ ( $\pi_3 = .0$ ) befinden. Die beobachteten Häufigkeiten sind nachfolgend aufgeführt:

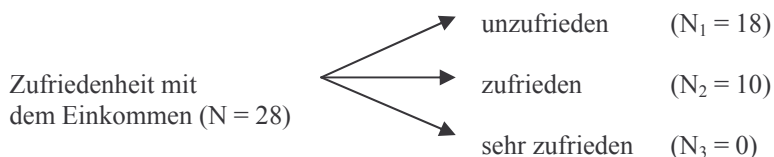


Tabelle 6.19.: Beobachtete Häufigkeiten zur Zufriedenheit mit dem Einkommen (vor Eintritt des Gesundheitsschadens) beim Rehabilitationstyp ‚angepasst-pflichtbewusst‘

Die Prüfung dieser Nullhypothese erfolgt wiederum auf der Grundlage des Multinomialtests:

$H_0$  = Das Beobachtungsergebnis ist mit der theoretischen Erwartung zu vereinbaren, nämlich

- unzufrieden  $\pi_1 = 0.5$
- zufrieden  $\pi_2 = 0.5$
- sehr zufrieden  $\pi_3 = 0$

$H_A$  = Die untersuchte Stichprobe gehört nicht zu der theoretisch definierten Population  
(*ungerichtete* Alternativhypothese)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

**Ergebnis** =  $.049 < .05 \Rightarrow H_A$  wird äusserst knapp verworfen. Die beobachtete Verteilung weicht von der unter  $H_0$  erwarteten Verteilung ab

Auch in diesem Fall lässt sich empirisch-statistisch keine Übereinstimmung zwischen erwarteter und beobachteter Verteilung identifizieren. Eine mögliche Interpretation dieses doch unerwarteten Ergebnisses lässt sich mit denselben Überlegungen zum Konzept der ‚Arbeitszufriedenheit‘ von Bruggemann (1974, 1976) vollziehen, wie sie bereits im Zusammenhang mit dem ‚resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstypus‘ gemacht wurden.

Lassen sich nun *zusammenfassend* Zusammenhänge zwischen den einzelnen differentiellen Rehabilitationstypen in Bezug auf ‚Belastungserleben‘ und ‚Zufriedenheit mit dem Einkommen‘ feststellen? Tabelle 6.20., die einen Überblick über die Häufigkeitsverteilung gibt, zeigt, dass sämtliche Probandinnen, die sich nicht belastet fühlen ( $N = 8$ ), gleichzeitig auch zufrieden sind mit ihrem Einkommen. Sie lassen sich ausnahmslos im ‚strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyp‘ einordnen (eine Überprüfung des Unterschieds auf Signifikanz ist wegen der klaren Verteilung in diesem Fall unnötig). Ausgehend von der bereits in anderem Zusammenhang identifizierten Häufung von Probandinnen des ‚resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstyps‘, die sich hoch belastet fühlen ( $N = 31$ ), wird mit untenstehendem Binominaltest gezeigt, dass von nichtzufälligen Einflüssen ausgegangen werden muss, die eine Häufung von unzufriedenen Probandinnen ( $N = 22$ ) innerhalb dieser Rehabilitationsgruppe begünstigen. Als zufrieden betrachten sich lediglich deren 9.

	keine Belastung		mittlere Belastung		hohe Belastung		Total
	Einkommen zufrieden	Einkommen unzufrieden	Einkommen zufrieden	Einkommen unzufrieden	Einkommen zufrieden	Einkommen unzufrieden	
<b>strebsam-zu- friedener Typ</b>	8	-	8	4	-	-	<b>20</b>
<b>resignativ-un- zufriedener Typ</b>	-	-	10	4	9	22	<b>45</b>
<b>angepasst-pflicht- bewusster Typ</b>	-	-	10	18	-	-	<b>28</b>
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	<b>9</b>	<b>22</b>	<b>93</b>

Tabelle 6.20.: Übersichtstabelle zur Häufigkeit ‚Belastungserleben‘ vs. ‚Zufriedenheit mit dem Einkommen‘ – relativ zu den drei Rehabilitationstypen ( $N = 93$ )

$H_0$  = Der Stichprobenanteil von  $p = 9/31$  an ‚zufriedenen‘ Probandinnen unterscheidet sich nur zufällig von der theoretisch erwarteten Verteilung von  $\pi = 0.5$ . D.h. das beobachtete Ergebnis an unzufriedenen Probandinnen  $\pi_1 = 0.71$  unterscheidet sich nicht von der theoretisch erwarteten Verteilung ( $H_0: \pi_1 = \pi$ )

$H_A$  = Die Wahrscheinlichkeit, unzufrieden zu sein mit dem Einkommen, ist in der untersuchten Stichprobe grösser als in der erwarteten Verteilung ( $H_A: \pi_1 > \pi$ ) (*gerichtete Alternativhypothese*)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da beobachtete Häufigkeiten eines 2fach gestuften Merkmals mit erwarteten Häufigkeiten zu vergleichen sind, und zudem eine kleine Stichprobe untersucht wird, soll als Auswertungsverfahren der Binominaltest ausgewählt werden

Definitionen = Für den Binominaltest werden die Kennwerte  $x$ ,  $N$  und  $\pi$  benötigt. Die Stichprobengrösse beträgt  $N = 31$ . Gemäss den Testvorschriften, dass  $x$  kleiner sein soll als  $(N - x)$ , stellt  $x$  die Anzahl der Fälle dar, die zufrieden mit ihrem Einkommen sind:  $x = 31 - 9 = 22$ . Dementsprechend ist  $\pi$  als Anteil der nicht-zufriedenen in der erwarteten Verteilung zu definieren:  $\pi = 1/2$

Ergebnis =  $.02 < .05 \Rightarrow H_A$  wird angenommen. Die beobachtete Verteilung weicht von der unter  $H_0$  erwarteten Verteilung ab

Die meisten Probandinnen der Studie fühlen sich allerdings – wie aus Tabelle 6.20. ersichtlich und in Tabelle 6.21. gesondert in Form einer Gesamttabelle dargestellt – in mittlerem Ausmass belastet ( $N = 54$ ). Ob sich innerhalb dieser Gruppe signifikante Unterschiede feststellen lassen – diese Frage lässt sich mit Hilfe des ‚k x 2-Felder-Chi-Quadrat-Testverfahrens‘ beantworten:

mittleres Belastungserleben	Zufriedenheit mit dem Einkommen		Total
	nicht zufrieden	zufrieden	
strebsam-zufriedener Rehabilitationstyp	4	8	12
resignativ-unzufriedener Rehabilitationstyp	4	10	14
angepasst-pflichtbewusster Rehabilitationstyp	18	10	28
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>54</b>

Tabelle 6.21.: Gesamttabelle zur Häufigkeitsverteilung ‚Zufriedenheit mit dem Einkommen‘ und ‚mittleres Belastungserleben‘ in Bezug auf die differentiellen Rehabilitationstypen ( $N = 54$ )

$H_0$  = Die differentiellen Rehabilitationstypen unterscheiden sich in Bezug auf die zwei unterschiedlichen Ausmasses der Zufriedenheit mit dem Einkommen nur zufällig von der theoretisch erwarteten Verteilung von  $\pi = 0.5$ . Oder: Zwischen dem jeweiligen Ausmass der Zufriedenheit und den einzelnen differentiellen Rehabilitationstypen besteht kein Zusammenhang

$H_A$  = Die im Beobachtungsergebnis angetroffene Verteilung weicht von der theoretisch erwarteten Verteilung ab. Oder: Zwischen dem jeweiligen Rehabilitationstyp und dem Ausmass der Zufriedenheit mit dem Einkommen besteht ein Zusammenhang (*ungerichtete Alternativhypothese*)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da beobachtete Häufigkeiten eines 2fach gestuften Merkmals mit erwarteten Häufigkeiten zu vergleichen sind, und zudem eine grössere Stichprobe untersucht wird, soll als Auswertungsverfahren der ‚k x 2-Felder-Chi-Quadrat-Test‘ ausgewählt werden

Ergebnis =  $\chi^2 = 6.14$ ; da zweiseitig getestet wird und der  $\chi^2$ -Wert zwei Freiheitsgrade hat, ist der kritische Wert  $\chi^2_{\text{crit.}} = 5.99$ .

**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert = 6.14 ist grösser als der kritische  $\chi^2_{\text{crit.}} = 5.99$ , weshalb  $H_A$  anzunehmen wird

Ein signifikanter ‚k x 2-Chi-Quadrat-Test‘ weist darauf hin, dass die untersuchten drei Stichproben in Bezug auf das Merkmal ‚Zufriedenheit mit dem Einkommen‘ nicht als homogen zu betrachten ist. Damit die Frage, zwischen welchen Rehabilitationstypen signifikante Unterschiede bestehen, beantwortet werden kann, wird die Gesamttabelle 6.21. wiederum in Teiltabellen (Vierfeldertabellen) zerlegt.

Das statistische Ergebnis weist auf einen signifikanten Unterschied der Häufigkeit innerhalb der einzelnen Ausmassen der Zufriedenheit mit dem Einkommen im Vergleich mit den zwei interessierenden Rehabilitationstypen (Tabelle 6.22.) hin.

mittleres Belastungserleben	Zufriedenheit mit dem Einkommen		Total
	nicht zufrieden	zufrieden	
strebsam-zufriedener Rehabilitationstyp	4	8	12
resignativ-unzufriedener Rehabilitationstyp	4	10	14
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>26 (von 54)</b>

**Tabelle 6.22.:** Erste Teiltabelle zur Häufigkeitsverteilung ‚Zufriedenheit mit dem Einkommen‘ und ‚mittleres Belastungserleben‘ in Bezug auf die Rehabilitationstypen ‚strebsam-zufrieden‘ und ‚resignativ-unzufrieden‘ (N = 26)

$H_0$  = Die zwei Ausmassen der Zufriedenheit mit dem Einkommen unterscheiden sich in Bezug auf die zwei differentiellen Rehabilitationstypen nur zufällig von der theoretisch erwarteten Verteilung von  $\pi = 0.5$ . Oder: Zwischen dem jeweiligen Ausmass der Zufriedenheit und den jeweiligen Rehabilitationstypen besteht kein Zusammenhang

$H_A$  = Die im Beobachtungsergebnis angetroffene Verteilung weicht von der theoretisch erwarteten Verteilung ab. Oder: Zwischen dem jeweiligen Rehabilitationstyp und dem Ausmass der Zufriedenheit besteht ein Zusammenhang (*gerichtete Hypothese*)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da beobachtete Häufigkeiten eines 2fach gestuften Merkmals mit erwarteten Häufigkeiten zu vergleichen sind, und zudem eine grössere Stichprobe untersucht wird, soll als Auswertungsverfahren der ‚k x 2-Felder-Chi-Quadrat-Test‘ ausgewählt werden

**Ergebnis** =  $\chi^2 = 15.02$ ; da einseitig getestet wird und der  $\chi^2$ -Wert lediglich einen Freiheitsgrad hat, wird dieser Wert in einen u-Wert der Standardnormalverteilung transformiert  $\Rightarrow 3.88$ . Der kritische Wert für den einseitigen Test und  $\alpha = .05$  lautet  $u_{\text{crit}} = 1.65$ .

**Entscheidung** = Der empirische u-Wert von 3.88 ist grösser, weshalb  $H_0$  verworfen wird

Es ist in diesem Fall die Interpretation möglich, dass sich signifikant mehr Probandinnen, die sich im mittleren Ausmass belastet fühlen, sowohl innerhalb des ‚strebsam-zufriedenen‘ als auch innerhalb des ‚resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstyps‘ zufrieden mit dem Ausmass

des Einkommens fühlen. Ein weiterer Vergleich (vgl. Teiltafel 6.23.) zeigt folgendes Ergebnis:

mittleres Belastungserleben	Zufriedenheit mit dem Einkommen		Total
	nicht zufrieden	zufrieden	
strebsam-zufriedener Rehabilitationstyp / resignativ-unzufriede- ner Rehabilitationstyp	8	18	26
angepasst-pflichtbewuss- ter Rehabilitationstyp	18	10	28
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>54</b>

Tabelle 6.23.: Zweite Teiltafel zur Häufigkeitsverteilung ‚Zufriedenheit mit dem Einkommen‘ und ‚mittleres Belastungserleben‘ in Bezug auf die Rehabilitationstypen ‚strebsam-zufrieden‘ (N = 54)

$H_0$  = Die zwei Ausmasse der Zufriedenheit mit dem Einkommen unterscheiden sich in Bezug auf die zwei Rehabilitationsgruppen nur zufällig von der theoretisch erwarteten Verteilung von  $\pi = 0.5$ . Oder: Zwischen dem jeweiligen Ausmass der Zufriedenheit und der jeweiligen Rehabilitationsgruppe besteht kein Zusammenhang

$H_A$  = Die im Beobachtungsergebnis angetroffene Verteilung weicht von der theoretisch erwarteten Verteilung ab. Oder: Zwischen der jeweiligen Rehabilitationsgruppe und dem Ausmass der Zufriedenheit mit dem Einkommen besteht ein Zusammenhang (gerichtete Hypothese)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da beobachtete Häufigkeiten eines 2fach gestuften Merkmals mit erwarteten Häufigkeiten zu vergleichen sind, und zudem eine grössere Stichprobe untersucht wird, soll als Auswertungsverfahren der ‚k x 2-Felder-Chi-Quadrat-Test‘ ausgewählt werden

**Ergebnis** =  $\chi^2 = 6.07$ ; da einseitig getestet wird und der  $\chi^2$ -Wert lediglich einen Freiheitsgrad hat, wird dieser Wert in einen u-Wert der Standardnormalverteilung transformiert  $\Rightarrow 2.46$ . Der kritische Wert für den einseitigen Test und  $\alpha = .05$  lautet  $u_{crit} = 1.65$ .

**Entscheidung** = Der empirische u-Wert von 2.46 ist grösser, weshalb  $H_0$  verworfen wird

Wiederum ist im Sinne von  $H_A$  von einem signifikanten Unterschied zwischen dem Ausmass der Zufriedenheit mit dem Einkommen und der jeweiligen Rehabilitationsgruppe ausgegangen worden. Zusammenfassend kann interpretiert werden, dass sich sämtliche Probandinnen der drei Rehabilitationstypen, die sich in mittlerem Ausmass belastet fühlen, in Bezug auf das Ausmass ihrer Zufriedenheit mit dem Einkommen unterscheiden. Dies bedeutet, es sind mehr Probandinnen des ‚strebsam-zufriedenen‘ und ‚resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstyps‘ zufrieden bzw. mehr Probandinnen des ‚angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstyps‘ unzufrieden mit ihrem Einkommen.



## 6.7. Zusammenfassung der Ergebnisse der Querschnittanalyse

Der Zusammenhang zwischen jeweiligem Rehabilitationstyp, Belastungserleben, Ausmass der Erwerbstätigkeit und Ausmass der Zufriedenheit mit dem Einkommen kann insgesamt folgendermassen charakterisiert werden:

- (a) Probandinnen des '*strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyps*' charakterisieren sich beruflich engagiert und bereit, sich offensiv mit beruflichen Problemen auseinanderzusetzen. Die Erwerbsarbeit besitzt im Leben dieser Personengruppe einen wichtigen Stellenwert. Gleichzeitig fühlen sie sich sozial gut unterstützt. Übereinstimmend mit den weiteren Ergebnissen im Rahmen der Querschnittstudie bezeichnen sie sich insgesamt als zufrieden mit ihrem Leben. Die meisten Probandinnen dieses Rehabilitationstyps fühlen sich dementsprechend kaum oder gar nicht belastet durch ihre derzeitige Lebenssituation, die durch Erwerbslosigkeit infolge eines einschränkenden Gesundheitsschadens gekennzeichnet ist. Sie waren vor Eintritt des IV-relevanten Gesundheitsschadens vornehmlich in Teilzeit erwerbstätig. In Bezug auf das Ausmass des subjektiven Belastungserlebens spielt es kaum eine Rolle, ob sie in Teilzeit oder im Vollzeitverhältnis erwerbstätig waren bzw. sein werden. Mit ihrem Erwerbseinkommen zum Zeitpunkt nach Eintritt des Gesundheitsschaden sind sie ebenso eher zufrieden.

Bemerkenswert ist das Ergebnis, dass sich Probandinnen dieses Rehabilitationstyps, bewerten sie ihr persönliches Belastungserleben als nicht nennenswert (Kategorie: 'kein Belastungserleben') ein, sowohl teilzeitlich einer Erwerbsarbeit nachgehen als auch gleichzeitig im häuslichen Aufgabenbereich (Haushalt und Erziehung) tätig sind. Aufgrund dieses Ergebnisses drängt sich – vielleicht mit provokativem Inhalt – die Frage auf, in wie weit sich eine Verbindung zwischen Teilzeiterwerbstätigkeit und häuslichem Aufgabenbereich förderlich auf das Gesundheitsverhalten auswirken kann. Es lässt sich zumindest hypothetisch von einer strukturellen Differenz zwischen Teilzeit- und Vollzeiterwerbstätigkeit bei Frauen ausgehen, wonach viele Frauen mit Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich Teilzeiterwerbstätigkeit *instrumentell* dazu benutzen, um die Verbindung zum Erwerbsleben aufrechtzuerhalten bzw. erneut zu knüpfen, während Frauen im Vollzeiterwerbsverhältnis eher aus finanziellen Gründen einer Erwerbstätigkeit nachgehen müssen. Geht man weiterhin davon aus, „... dass das Leben sich nicht nur nach inneren Gesetzen entfalten kann, sondern sich in ständiger Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten der Umwelt behaupten muss“ (Lehr, 1972, S. 216), so entwickelt sich eine Person im Erwachsenenalter unter anderem auch durch die Erweiterung von Erlebnis- und Verhaltensmöglichkeiten sowie von Kompetenzen.

Autoren wie Hackmann & Oldham (1974), Volpert (1990), Ulich (1992), Semmer & Udris (1995) und Bergmann (1996) sind der Auffassung, dass diese Entwicklung auch wesentlich durch die Auseinandersetzung mit der Arbeitstätigkeit – und hierin schliesst der Autor der vorliegenden Studie auch Arbeiten im häuslichen Aufgabenbereich ein – geschieht und weisen im Sinne der Kompetenzentwicklung auf den Zusammenhang zwischen Arbeit und Persönlichkeitsentwicklung hin. Diese Kompetenz ist definiert als „Integration kognitiver, emotional-motivationaler, volitiver und sozialer Aspekte menschlichen Handelns“ (Erpenbeck & Heyse, 1996, S. 19) und gilt deshalb letztendlich als Ressource. Die auf dem Hintergrund des Instrumentalitätsgedankens oben formulierte These, die allerdings nur für Frauen des '*strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyps*' gilt, wird beispielsweise von Hakim (1997) unterstützt. Seinen Untersuchungsergebnissen zufolge räumen diese Frauen der eigenen Familie allerdings Priorität ein und passen ihre

beruflichen Wünsche und Aktivitäten den familiären Verpflichtungen an. Sie bleiben weiterhin bloss so lange erwerbstätig, als sich eine Stelle findet, die eine problemlose Vereinbarung von Erwerbstätigkeit und Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich ermöglicht.

- (b) Die meisten Probandinnen des '*resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstyps*', charakterisiert durch ein unterdurchschnittliches berufliches Engagement und geringer subjektiver Bedeutsamkeit der Ausübung einer Erwerbsarbeit, fühlen sich wie erwartet in hohem Masse durch ihre jetzige Situation belastet. Trotz allem fühlen sie sich sozial in mittlerem Ausmass unterstützt. Unter 6.2. wurde dieses Phänomen als 'Puffer-Effekt' bezeichnet. Die Interpretation, dass damit die Auswirkungen hoher psychischer und physischer Belastung 'abgefedert' werden sollen, ist wahrscheinlich nicht von der Hand zu weisen. Auch diese Rehabilitationsgruppe war vornehmlich in Teilzeitverhältnis erwerbstätig. Es drängt sich die Frage auf, ob diese Frauen, da sie der Arbeitstätigkeit keine besondere Bedeutung zuschreibt, eine Erwerbsarbeit nicht vor allem aus Gründen instrumenteller Art – im Unterschied zum ‚strebsam-zufriedenen Typ‘ allerdings aus Gründen der finanziellen Notwendigkeit einer Erwerbsaufnahme – aufgenommen haben.

Ein bedeutsamer Hinweis darauf mag die markante Unzufriedenheit bzw. resignative Zufriedenheit dieser Personengruppe mit dem Erwerbseinkommen sein, was ein Anzeichen dafür sein kann, in welcher schwierigen finanziellen Situation sie sich befinden. Trotz der sozialen Unterstützung fühlen sie sich insgesamt unzufrieden mit ihrem bisherigen Leben. Ob die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit für diese Personengruppe auch Kompetenzerhaltungsgründe hat, ist aus Sicht des Autors deshalb zu bezweifeln.

- (c) Der '*angepasst-pflichtbewusste Rehabilitationstyp*' kann wahrscheinlich am besten durch die mittlere Position, den er zwischen den beiden anderen Rehabilitationstypen einnimmt, beschrieben werden: Ein eher durchschnittliches berufliches Engagement trotz enormem Interesse an der Erwerbstätigkeit bei eher ebenfalls unterdurchschnittlichen Ressourcen bezüglich beruflichen Anforderungen (Selbstvertrauen, Optimismus) und mässigem Erleben von Erfolg im Beruf. Erstaunlicherweise weist diese Probandinnengruppe gleichzeitig den geringsten Grad an sozialer Unterstützung auf. Es macht den Anschein, dass dieser Typus in der Erwerbstätigkeit eine Art 'Gratifikationskrise' sensu Siegrist (1991; vgl. 5.1.3.) erlebt, und zwar als Diskrepanz zwischen dem Wunsch, eine gute und sozial akzeptierte Leistung zu erbringen und den tatsächlichen Rückmeldungen, die sie von den Verantwortlichen ihrer Arbeitsstelle erlebt. Sie erleben ihre Situation eher in mittlerem Ausmass belastend. So fühlen sie sich denn auch mit ihrem bisherigen Leben eher mässig zufrieden. Als vornehmlich in Vollzeit erwerbstätige Personen bewerten sie ihre finanzielle Situation vorwiegend negativ im Sinne einer '*fixierten Zufriedenheit*'. Es macht den Anschein, dass sich diese Rehabilitationsgruppe an die gegebenen Lebensumstände angepasst hat und ihr Anspruchsniveau generell weder erhöht noch vermindert, sondern vielmehr auf dem bisherigen Niveau zu halten entschieden haben. Ausserberufliche Aktivitäten spielen in diesem Zusammenhang eine bedeutende Rolle im Leben dieser Frauen, weshalb sie auch dementsprechend ihre Bemühungen weitgehend in diesen Lebensbereich verlagert haben.

## 6.8. Rehabilitationsverlauf und Orientierungsmodus - eine Längsschnittanalyse

Die querschnittlich erzielten Ergebnisse zu den einzelnen Rehabilitationstypen haben gezeigt, dass differentielle Aussagen hinsichtlich der Variablen ‚subjektives Belastungserleben‘ und ‚Zufriedenheit mit dem Einkommen‘ gemacht werden können. Im Rahmen der folgenden Ergebnisse zur Längsschnittanalyse soll nun in einem weiteren Schritt geprüft werden, ob differentielle Aussagen über den *Verlauf des erwerblichen Rehabilitationsprozesses* hinsichtlich der drei Rehabilitationstypen gemacht werden können.

Im Mittelpunkt der Längsschnittanalyse steht das Konstrukt der ‚Handlungsorientierung‘ von Kuhl (1994; 1996), wie es im Kapitel 5.1.2. ausführlich dargelegt wurde. Zu den Definitionen von ‚Handlungs- und ‚Lageorientierung‘ verweise ich auf 5.1.2. Es wurde für jeden Erhebungszeitpunkt ( $t_1 - t_4$ ) die Häufigkeit sowohl der Wahl eines ‚handlungsorientierten Bewältigungsversuchs‘ als auch eines ‚lageorientierten Bewältigungsversuchs‘ ermittelt. Die wiederholte Registrierung des Merkmals ‚Handlungsorientierung‘ bzw. ‚Lageorientierung‘ führt zu einer Messwertserie, die sich grafisch als Verlaufskurve darstellen lässt. Da die beiden zu vergleichenden Stichproben parallelisiert wurden, resultieren zwei abhängige Stichproben von Verlaufskurven.

Zu den Verlaufskurven der einzelnen Rehabilitationstypen in Bezug auf den interessierenden Unterschied zwischen Handlungs- und Lageorientierung können folgende Aussagen gemacht werden:

(a) Die Gruppe des *‘strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyps’* (Abbildung 6.9.) zeichnet sich auf den ersten Blick grundsätzlich durch eine während der gesamten Beratungszeit ( $t_1 - t_4$ ) vorherrschende Handlungsorientierung aus. Auch in empirisch-statistischer Hinsicht kann von einem durchgängig signifikanten Überwiegen der Handlungsorientierung gegenüber der Lageorientierung ausgegangen werden.

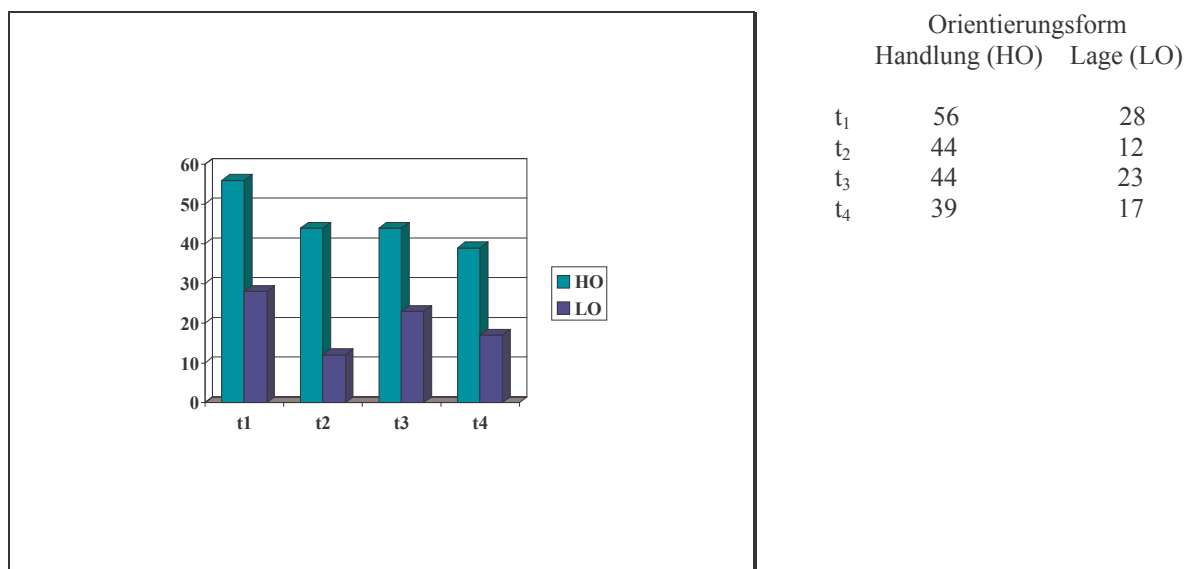


Abbildung 6.9.: Beratungsverlauf zum ‚strebsam-zufriedenen Typ‘ (N = 20)

Dieses Ergebnis ergibt sich aus der Durchführung des ‚Rangvarianzanalyse nach Friedman‘ (vgl. Bortz & Lienert, 2000, S. 172):

$H_0$  = Die Verlaufskurven zur Bedingung ‚Handlungsorientierung‘ und zur Bedingung ‚Lageorientierung‘ unterscheiden sich nicht

$H_A$  = Die Anzahl der handlungsorientiert ausgerichteten Bewältigungsversuche unterscheidet sich zu sämtlichen Messzeitpunkten von derjenigen der Lageorientierung (*ungerichtete* Alternativhypothese)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da wegen der relativ ungenauen Messung des Ausmasses der Handlungs- und Lageorientierung, und da über die Art der möglichen Unterschiede keinerlei Aussage gemacht wurde, wird zur Hypothesenüberprüfung die ‚Rangvarianzanalyse nach Friedman‘ ausgewählt

**Ergebnis** =  $\chi^2_r = 16$ ;  $\chi^2_{crit.}; df = 1 = 3.84$  bei  $\alpha = .05$  (ungerichtete Testung)

**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert von 16 ist grösser als der kritische Wert  $\chi^2_{crit.}$ , weshalb  $H_A$  angenommen werden kann

Wie lässt sich dieses Ergebnis in den Querschnittsrahmen hinsichtlich des identifizierten differentiellen Rehabilitationstyps ‚strebsam-zufrieden‘ bringen? Probandinnen dieses Rehabilitationstyps scheinen gegenüber gefährdenden Informationen hinsichtlich Handlungsabsichten durch ihre durchwegs zufriedene Haltung gegenüber Alltagstätigkeiten wie Erwerbsarbeit, Tätigkeiten im häuslichen Aufgabenbereich und in der Freizeit eher ‚abgeschirmt‘ zu sein (vgl. Heckhausen & Kuhl, 1985; Kuhl, 1983). Sie fassen Entscheidungen auch in belastenden Situationen deshalb eher rasch und setzen sie dementsprechend rasch um. Dies erscheint auch durchaus plausibel: Denn würde eine Person nach einer Entscheidung immer noch der nicht gewählten Alternative genau so viel Aufmerksamkeit schenken wie der gewählten, käme sie leicht in einen Nachentscheidungskonflikt (Beckmann & Kuhl, 1984) – was wiederum zu einer Verminderung des Erlebens der Zufriedenheit führen kann. Anscheinend zeigen Handlungsorientierte deshalb bereits in frühen Phasen einer Entscheidung, dass sie sich mit potentiell bedrohlichen Informationen auseinandersetzen (Rosahl, Tennigkeit, Kuhl & Haschke, 1993). Übertragen auf die in dieser Studie berücksichtigten Ressourcen bedeutet dies, dass diese im Vergleich zur erlebten Potentialität der aktuellen bedrohlichen Situation offenbar genügend ausgeprägt sind, um eine Probandin dieses Rehabilitationstyps, die in ihrer Teilnahmefähigkeit am Erwerbsleben eingeschränkt ist, vor psychischen Folgen zu bewahren, wie sie beispielsweise bei traumatisierten Menschen beobachtet werden (Maercker & Langner, 2001; Markowitsch, 2001) und die sie auch von den übrigen zwei Rehabilitationstypen unterscheidet.

Allerdings – und dies ist das beunruhigende Element dieser Verlaufskurve – vermindert sich die Häufigkeit der verwendeten handlungsorientiert geprägten Bewältigungsversuche stetig. Mit Hilfe des Testverfahrens der ‚Rangvarianzanalyse nach Friedman‘ (vgl. Bortz & Lienert, 2000, S. 172) sollen deshalb eventuelle signifikante Unterschiede in den Häufigkeiten der jeweiligen Orientierung (Handlungs- oder Lageorientierung) zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten identifiziert werden. So zeigt sich für die Verlaufskurve der ‚Handlungsorientierung‘ folgendes Ergebnis:

$H_0$  = Innerhalb der vier Messzeitpunkte (Verlaufskurve zur Bedingung ‚Handlungsorientierung‘) unterscheiden sich die Ausmasse der jeweiligen Häufigkeiten nicht

$H_A$  = Es wird erwartet, dass die Häufigkeit der ‚Handlungsorientierung‘ zu den jeweiligen Messzeitpunkten unterschiedlich ausfällt (*ungerichtete* Alternativhypothese).

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da wegen der relativ ungenauen Messung des Ausmasses der Handlungsorientierung und über die Verteilung nichts bekannt ist, wird verteilungsfrei gemäss der ‚Rangvarianzanalyse von Friedman‘ getestet

**Ergebnis** =  $\chi^2_r = 54$ ;  $\chi^2_{\text{crit.}; df=3} = 7.82$  bei  $\alpha = .05$  (ungerichtete Testung)

**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert von 54 ist grösser als der kritische Wert  $\chi^2_{\text{crit.}}$ , weshalb  $H_A$  angenommen werden kann

Das Resultat weist darauf hin, dass von einem jeweils signifikanten Unterschied zwischen den Häufigkeiten zu den jeweiligen Messzeitpunkten auszugehen ist. Gerade wegen dieses signifikanten Testergebnisses unter der Bedingung mehrerer Messzeitpunkten ( $> 2$ ) empfiehlt es sich allerdings, Einzelvergleiche durchzuführen, die eine detailliertere Ergebnisinterpretation gestatten. Zur Überprüfung der Frage, zwischen welchen Messzeitpunkten hinsichtlich der ‚Handlungsorientierung‘ signifikante Unterschiede bestehen, wird unter Verwendung der  $\chi^2_r$ -Prüfgrösse des Friedman-Testverfahrens die kritische Differenz  $D_{T(\text{crit.})}$  für den Paarvergleich der Rangunterschiede. Zwei Messzeitpunkte sind dann signifikant verschieden, wenn  $|T_j - T_{j'}| \geq D_{T(\text{crit.})}$  ist. Als durchschnittliche Ränge für die vier Messzeitpunkte ergeben sich  $T_1 = 1$ ;  $T_2 = 2.5$ ;  $T_3 = 2.5$ ;  $T_4 = 4$ .  $D_{T(\text{crit.})}$  beträgt 1.141 ( $\alpha = 0.05$ ). Demnach unterscheiden sich signifikant die Häufigkeiten der Messzeitpunkte  $t_1$  und  $t_2$ ,  $t_1$  und  $t_3$ ,  $t_1$  und  $t_4$ ,  $t_2$  und  $t_4$ ,  $t_3$  und  $t_4$ , allerdings nicht die Häufigkeiten zum Zeitpunkt  $t_2$  und  $t_3$ .

Bezüglich der Verlaufskurve der ‚Lageorientierung‘ lassen sich folgende Aussagen machen:

$H_0$  = Innerhalb der vier Messzeitpunkte (Verlaufskurve zur Bedingung ‚Lageorientierung‘) unterscheiden sich die Ausmasse der jeweiligen Häufigkeiten nicht

$H_A$  = Es wird erwartet, dass die Häufigkeit der ‚Lageorientierung‘ zu den jeweiligen Messzeitpunkten unterschiedlich ausfällt (*ungerichtete* Alternativhypothese).

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da wegen der relativ ungenauen Messung des Ausmasses der Lageorientierung und über die Verteilung nichts bekannt ist, wird verteilungsfrei gemäss der ‚Rangvarianzanalyse von Friedman‘ getestet

**Ergebnis** =  $\chi^2_r = 60$ ;  $\chi^2_{\text{crit.}; df=3} = 7.82$  bei  $\alpha = .05$  (ungerichtete Testung)

**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert von 60 ist grösser als der kritische Wert  $\chi^2_{\text{crit.}}$ , weshalb  $H_A$  angenommen werden kann

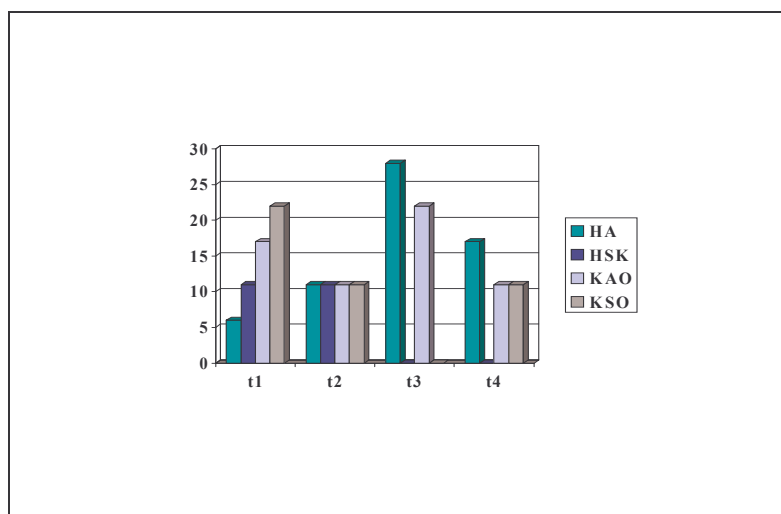


Die statistische Entscheidung weist auch in diesem Fall auf einen signifikanten Unterschied bezüglich der jeweiligen Häufigkeiten zu allen vier Messzeitpunkten hin. Der Einzelvergleich hierzu erbringt ebenfalls detailliertere Ergebnisse:  $D_{T(crit.)} = 1.414$  ( $\alpha = 0.05$ ).  $T_1 = 1$ ;  $T_2 = 4$ ;  $T_3 = 2$ ;  $T_4 = 3$ . Signifikante Unterschiede zeigen sich zwischen  $t_1$  und  $t_2$ ,  $t_1$  und  $t_4$ ,  $t_2$  und  $t_3$ , allerdings nicht zwischen  $t_1$  und  $t_3$ , und  $t_2$  und  $t_4$ .

*Zusammenfassend* lässt sich also festhalten, dass die Anzahl handlungsorientiert charakterisierter Bewältigungsversuche durchgängig diejenige der lageorientiert charakterisierten Bewältigungsversuche überwiegt. Erstaunlicherweise allerdings vermindert sich die jeweilige Anzahl mit fortschreitendem Messzeitpunkt. Worauf ist diese Eigentümlichkeit zurückzuführen? Rein in formaler Hinsicht kann vermutet werden, dass mit Fortschreiten der Beratung wegen der neuartigen und deshalb völlig unbekannten Situation der Abklärung der erwerblichen Teilnahmemöglichkeiten durch die IV-Organen aus einer zunächst hohen Anzahl unterschiedlicher Bewältigungsversuche sich vereinzelt, für diese unbekannte Situation als subjektiv nützlich bewertete Bewältigungsversuche herauskristallisiert haben, die zeitlich betrachtet wegen ihrer Adaequanz länger 'durchgezogen' wurden.

Inhaltlich betrachtet – allerdings ist diese Begründung nicht aus den vorhandenen Daten ableitbar – ist es gleichzeitig naheliegend, einen einschneidenden Einfluss des zum Erfolgsbegriffs einer versicherten Person (tatsächliche Wiedereingliederung in die Erwerbswelt) differierenden Erfolgsbegriff der Invalidengesetzgebung zu vermuten (für einen erfolgreichen Fallabschluss genügt die formale Identifikation einer Teilnahmemöglichkeit am Erwerbsleben, d.h. die tatsächliche Vermittlung eines geeigneten Arbeitsplatzes ist nicht Grundlage eines erfolgreichen Fallabschlusses; vgl. hierzu eingehend 3.4.): Je mehr Misserfolge eine versicherte Person auf der Stellensuche erlebt, desto weniger Bewältigungsversuche wird sie unternehmen, sei sie nun eher handlungs- oder lageorientiert ausgerichtet.

In einem weitergehenden Vergleich der Häufigkeiten sämtlicher möglicher Arten von Bewältigungsversuchen soll nun aufgezeigt werden, welche formalen Bewältigungsversuche in welcher Häufigkeit überhaupt verwendet wurden. In Bezug auf die ‚*Handlungsorientierung*‘ ergibt sich folgendes Bild (vgl. Abbildung 6.10.):



	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	t <sub>3</sub>	t <sub>4</sub>
HA	6	11	28	17
HSK	11	11	0	0
KAO	17	11	22	11
KSO	22	11	0	11

**Abbildung 6.10.:** Verlauf der *Handlungsorientierung* von  $t_1$  –  $t_4$  des ‚strebsam-zufriedenen Typs‘; aufgeschlüsselt nach vier unterschiedlichen Arten von Bewältigungsversuchen ( $N = 20$ )

Zum Messzeitpunkt  $t_1$  überwiegen offenbar kognitiv-offensiv geprägte Bewältigungsversuche (z.B. „Ich verfüge über die für eine Umschulung notwendigen Fähigkeiten“) gegenüber den konkreten handlungsbezogen charakterisierten Bewältigungsversuchen (z.B. Infosuche an einer Schule). Diese Probandinnen haben sich bereits vor ihrem Erstgespräch intensiv mit dem Projekt ‚Umschulung in eine der Beeinträchtigung angepassten Erwerbstätigkeit‘ auseinandergesetzt – was auch Sinn macht, ist es doch zunächst notwendig, sich darüber klar zu werden, in welchem Tätigkeitsfeld man überhaupt erwerbstätig sein möchte und letztlich sein kann. Zum Zeitpunkt  $t_2$  vermindert sich die Anzahl der sämtlicher Bewältigungsversuche. Zum Messzeitpunkt  $t_3$  überwiegen sowohl in kognitiver als auch in handlungsbezogener Hinsicht die anforderungsbezogen charakterisierten Bewältigungsversuche HA (z.B. konkrete Vorstellung bei einem potentiellen Arbeitgeber) und KAO (z.B. Überzeugung, den geforderten Fähigkeiten entsprechen zu können). Ein ähnliches Bild zeigt sich zum Zeitpunkt  $t_4$ , allerdings auf einem niedrigeren Niveau. Hier fällt das Überwiegen des ‚handlungsbezogen-anforderungsbezogenen‘ Bewältigungsversuchs auf. Lassen sich statistisch ‚bevorzugte‘ Bewältigungsversuche identifizieren? Wiederum erfolgt die Analyse auf der Grundlage der Rangvarianzanalyse von Friedman.

$H_0$  = Innerhalb der vier Arten von Bewältigungsversuchen (Bedingung ‚Handlungsorientierung‘) lässt sich kein signifikanter Unterschied in den jeweiligen Ausmassen feststellen

$H_A$  = Es wird erwartet, dass die Häufigkeit der jeweilig angewendeten Bewältigungsversuche zu den jeweiligen Messzeitpunkten unterschiedlich ist (*ungerichtete* Alternativhypothese).

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

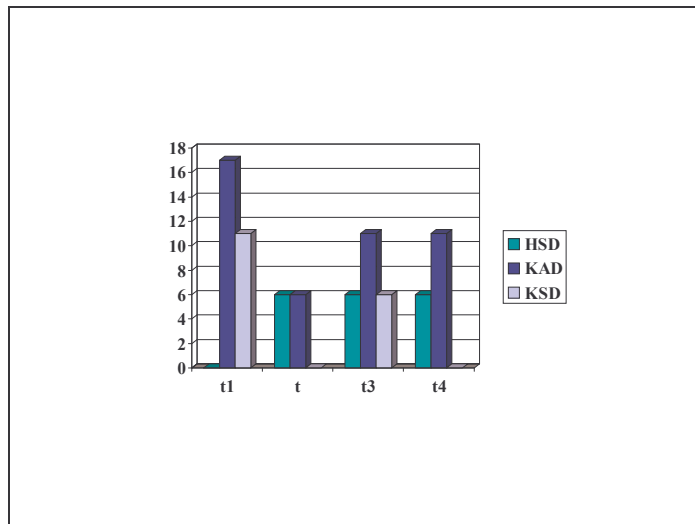
Testwahl = Da wegen der relativ ungenauen Messung des Ausmasses der Bewältigungsversuche und über die Verteilung nichts bekannt ist, wird verteilungsfrei gemäss der ‚Rangvarianzanalyse von Friedman‘ getestet

**Ergebnis** =  $\chi^2_r = 1.88$ ;  $\chi^2_{crit.; df=3} = 7.82$  bei  $\alpha = .05$  (ungerichtete Testung)

**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert von 1.88 ist kleiner als der kritische Wert  $\chi^2_{crit.}$ , weshalb  $H_0$  angenommen werden kann

Aufgrund des Ergebnisses kann davon ausgegangen werden, dass keine der erwähnten handlungsorientierten Bewältigungsversuche bevorzugt angewendet wurde. Vielmehr muss angenommen werden, dass – ausgehend von einer generellen Bevorzugung handlungsorientierter Bewältigungsversuche im Rahmen des ‚strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyps‘ – je nach Notwendigkeit auf unterschiedliche, aus subjektiver Sicht situationsadäquate handlungsorientiert ausgerichtete Bewältigungsversuche zurückgegriffen wird.

Ein detaillierter Blick auf die Häufigkeit der angewendeten ‚lageorientiert ausgerichteten Bewältigungsversuche‘ (Abbildung 6.11.) zeigt, dass zum Messzeitpunkt  $t_1$  kognitiv-defensiv geprägte Bewältigungsversuche (z.B. „Ich bezweifle generell meine Fähigkeiten“) vorherrschen.



	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	t <sub>3</sub>	t <sub>4</sub>
HSD	0	6	6	6
KAD	17	6	11	11
KSD	11	0	6	0

Abbildung 6.11.: Verlauf der *Lageorientierung* von t<sub>1</sub> – t<sub>4</sub> des ‚strebsam-zufriedenen Typs‘; aufgeschlüsselt nach vier unterschiedlichen Arten von Bewältigungsversuchen (N = 20)

Zum Messzeitpunkt t<sub>2</sub> scheinen Probandinnen dieses Rehabilitationstyps aufgrund ihrer doch eher pessimistischen Einstellung abzuwarten (handlungsbezogen-selbstbezogen-defensiv, z.B. erste Schritte anderer abwarten), wie sich die augenblickliche Lage der Abklärungsphase entwickeln wird. Diese Haltung verändert sich auch zu den übrigen Messzeitpunkten t<sub>3</sub> und t<sub>4</sub> grundsätzlich nicht. Eine bevorzugte Verwendung eines defensiv geprägten Bewältigungsversuchs lässt sich auch statistisch nicht identifizieren.

H<sub>0</sub> = Innerhalb der vier Arten von Bewältigungsversuchen (Bedingung ‚Lageorientierung‘) lässt sich kein signifikanter Unterschied in den jeweiligen Ausmassen feststellen

H<sub>A</sub> = Es wird erwartet, dass die Häufigkeit der jeweilig angewendeten Bewältigungsversuche zu den jeweiligen Messzeitpunkten unterschiedlich ist (*ungerichtete* Alternativhypothese).

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von H<sub>A</sub> für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da wegen der relativ ungenauen Messung des Ausmasses der Bewältigungsversuche und über die Verteilung nichts bekannt ist, wird verteilungsfrei gemäss der ‚Rangvarianzanalyse von Friedman‘ getestet

**Ergebnis** =  $\chi^2_r = 4.88$ ;  $\chi^2_{crit.; df=2} = 5.99$  bei  $\alpha = .05$  (ungerichtete Testung)

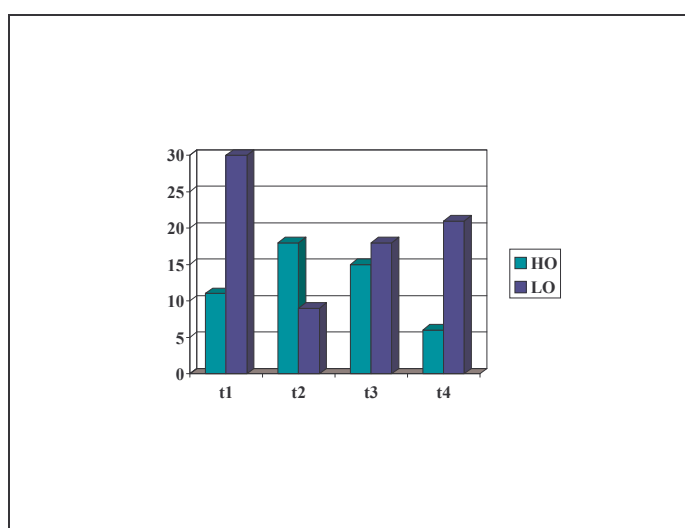
**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert von 4.88 ist kleiner als der kritische Wert  $\chi^2_{crit.}$ , weshalb H<sub>0</sub> angenommen werden kann

*Fasst man die bisher erhaltenen Ergebnisse zusammen*, so zeigt sich, dass bei der Personengruppe des ‚strebsam-zufriedenen Typs‘ eine handlungsorientierte Vorgehensweise im Vordergrund steht. Lageorientierte ausgerichtete Bewältigungsversuche herrschen am ehesten im Bereich der mutmasslichen Anforderungen vor, die die Probandinnen bezüglich einer Umschulung in eine ihrer Behinderung angepassten Erwerbstätigkeit vermuten. Es drängt sich in diesem Zusammenhang die Frage auf, weshalb diese Probandinnen überhaupt lageorientiert geprägte Bewältigungsversuche verwenden, wenn sie den eigentlichen Reintegrationsprozess doch lediglich behindern. Wäre es denn nicht ‚nützlicher‘ für den Rehabilitationsverlauf, gänzlich auf lageorientiert ausgerichtete Bewältigungsversuche zu

verzichten? Es zeigen Untersuchungen von Kuhl (1983a) und Kuhl & Baumann (2000) deutliche Zusammenhänge zwischen Handlungsorientierung und aktiver Bewältigung von belastenden Emotionen, die – in der Sprache der ‚Bewältigungsversuche‘ – aus der Verwendung lageorientiert geprägter Bewältigungsversuche resultieren, was zu einer ‚persönlichen Reifung‘ (Maercker & Langner, 2001) führen kann. Dies bedeutet, dass Phasen der Anspannung durch lageorientierte Bewältigungsversuche im Sinne des Zulassens negativer Affekte aufgrund des tatsächlichen oder potentiellen Verlustes von Ressourcen naheliegenderweise die Voraussetzung für die Fortentwicklung der eigenen Ressourcen und insgesamt der Persönlichkeit notwendig sind.

Stellt man nun einen Bezug zu den in der Querschnittanalyse erhaltenen Daten zur mutmasslichen Persönlichkeitsstruktur her, so lässt sich ein plausibler Zusammenhang zwischen den Querschnitts- und Längsschnittdaten identifizieren: Trotz des ‚erzwungenen‘ Wechsels der Erwerbstätigkeit zeichnet sich diese Personengruppe durch eine offensive Problembewältigung und ein hohes Ausmass an Optimismus aus, was sich in der offensichtlich bevorzugten Handlungsorientierung zeigt. Andererseits weist diese Probandinnengruppe ein eher eingeschränktes Mass an Selbstvertrauen und Stressresistenz auf, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass eine sonst massiv ausgeprägte Handlungsorientierung in dem Sinne ‚akkommodiert‘ wurde, als diese durch lageorientiert ausgeprägte Bewältigungsversuche ‚ergänzt‘ und ‚adaptiert‘ wird. So lässt sich hypothetischerweise auch teilweise das Entstehen des im Vergleich zu den anderen Rehabilitationsgruppen geringen bis fehlenden Belastungserleben durch die doppelte Behinderung – nämlich einerseits körperlicher, andererseits erwerblicher Art - erklären.

(b) Probandinnen des ‚*resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstyps*‘ (Abbildung 6.12.) zeichnen sich hinsichtlich ihrer Verlaufskurve zu den *handlungsorientierten* und den *lageorientierten* Bewältigungsversuchen durch ein anfängliches Überwiegen der Lageorientierung aus ( $t_1$ ), zu den Zeitpunkten  $t_1$  und  $t_2$  ändert sich das Ausmass zugunsten der handlungsorientierten Bewältigungsversuche, um sich bei  $t_3$  erneut umzukehren. Beim Messzeitpunkt  $t_4$  überwiegen erneut deutlich die lageorientierten Bewältigungsversuche. Es lässt sich deshalb kein Überwiegen einer einzelnen Orientierung feststellen.



Orientierungsform  
Handlung (HO) Lage (LO)

t <sub>1</sub>	11	30
t <sub>2</sub>	18	9
t <sub>3</sub>	15	18
t <sub>4</sub>	6	21

Abbildung 6.12.: Beratungsverlauf zum ‚resignativ-unzufriedenen Typ‘ (N = 45)

Empirisch-statistisch ergibt sich folgendes Ergebnis (,Rangvarianzanalyse nach Friedman‘):

$H_0$  = Die Verlaufskurven zur Bedingung ‚Handlungsorientierung‘ und zur Bedingung ‚Lageorientierung‘ unterscheiden sich nicht

$H_A$  = Die Anzahl der handlungsorientiert ausgerichteten Bewältigungsversuche unterscheidet sich zu sämtlichen Messzeitpunkten von derjenigen der Lageorientierung (ungerichtete Alternativhypothese)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da wegen der relativ ungenauen Messung des Ausmasses der Handlungs- und Lageorientierung, und da über die Art der Unterschiede keine Aussage gemacht wurde, wird zur Hypothesenüberprüfung das ‚Friedman-Testverfahren‘ ausgewählt

**Ergebnis** =  $\chi^2_r = 13$ ;  $\chi^2_{\text{crit.}; df=1} = 3.84$  bei  $\alpha = .05$  (ungerichtete Testung)

**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert von 13 ist grösser als der kritische Wert  $\chi^2_{\text{crit.}}$ , weshalb  $H_A$  angenommen werden kann

Weshalb dieses erstaunliche Ergebnis? Da die statistische Analyse lediglich hinsichtlich der Unterschiede zwischen den Häufigkeiten zu den einzelnen Messzeitpunkten  $t_1$  bis  $t_4$  durchgeführt wurde, ist dieses Ergebnis dahingehend zu interpretieren, dass die Unterschiede in den Häufigkeiten der Bewältigungsversuche zu den einzelnen Messzeitpunkten wohl signifikant unterschiedlich ist, die Richtung des jeweiligen Unterschieds – d.h. ob nun handlungsorientierte oder gar lageorientierte Bewältigungsversuche insgesamt überwiegen – allerdings grundsätzlich ‚frei‘ ist. Dies bedeutet für die Interpretation des Zusammenhangs der einzelnen Verlaufskurven in Abbildung 6.12., dass zum Messzeitpunkt  $t_1$  lageorientiert geprägte Bewältigungsversuche, zum Messzeitpunkt  $t_2$  allerdings handlungsorientiert geprägte Bewältigungsversuche und zum Messzeitpunkt  $t_4$  die lageorientierten Bewältigungsversuche in ihrer jeweiligen Häufigkeit signifikant überwiegen. Nur zum Messzeitpunkt  $t_3$  ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Häufigkeiten (Einzelvergleich bei  $D_{T(\text{crit.})} = 0.653$  bei  $\alpha = 0.05$ ). Probandinnen des ‚resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstyps‘ zeigen also keine grundsätzliche Präferenz entweder der Handlungs- oder der Lageorientierung, sondern ‚schwanken‘ recht massiv zwischen beiden Möglichkeiten. Tendenziell ist allerdings doch eher eine Bevorzugung der lageorientiert ausgeprägten Bewältigungsversuche identifizierbar.

Wie lässt sich nun dieses Ergebnis in den Querschnittsrahmen hinsichtlich des differentiellen Rehabilitationstyps ‚resignativ-unzufrieden‘ bringen? Im Gegensatz zu den Probandinnen des ‚strebsam-zufriedenen Typs‘ scheint diese Personengruppe nicht über genügend effektive Ressourcen zu verfügen, um potentiell gefährdenden Informationen hinsichtlich ihrer Handlungsabsichten gegenüber im ausreichenden Masse ‚immun‘ zu sein und zu bleiben. Sie neigen wahrscheinlich dazu, Entscheidungen während belastenden Lebensereignissen entweder nicht rasch genug (Lageorientierung) oder im Gegenteil zu überhastet rasch (extreme Form der Handlungsorientierung) zu fassen. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit diese Personengruppe aufgrund ihrer unklaren Ausrichtung fähig ist, relevante von irrelevanten Informationen, die potentiell ihre vorhandenen Ressourcen bedrohen, zu trennen. Verschiedene psychologische Theoretiker haben seit längerem auf das Phänomen aufmerksam gemacht, dass Personen, die einschneidende Lebensereignisse hinter sich haben, durch diese Lebensereignisse in ihrem Lebenssinn und selbst wahrgenommener Veränderungen in ihrer Persönlichkeitsstruktur verändert wurden (Frankl, 1973; Parkes &



Weiss, 1983; Taylor, Lichtman & Wood, 1984; Ulich, 1987; Schaefer & Moos, 1992; Tedeschi & Calhoun, 1995). Aus dieser Perspektive heraus ist es denkbar, dass diese Personengruppe zumindest zur Zeit aufgrund ihrer noch vorhandenen Ressourcen (noch) nicht fähig ist, beispielsweise klare Handlungsabsichten zu bilden, ohne früher oder später in dem von Beckmann & Kuhl (1994) bezeichneten ‚Nachentscheidungskonflikt‘ zu geraten. Hieraus kann sich ein Teufelskreis entwickeln, was zu einer Verminderung des Erlebens der Zufriedenheit führen kann.

Bezüglich der Verlaufskurve der ‚*Handlungsorientierung*‘ lassen sich folgende Aussagen machen:

$H_0$  = Innerhalb der vier Messzeitpunkte (Verlaufskurve zur Bedingung ‚Handlungsorientierung‘) unterscheiden sich die Ausmasse der jeweiligen Häufigkeiten nicht

$H_A$  = Es wird erwartet, dass die Häufigkeit der ‚Handlungsorientierung‘ zu den jeweiligen Messzeitpunkten unterschiedlich ausfällt (*ungerichtete* Alternativhypothese).

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da wegen der relativ ungenauen Messung des Ausmasses der Handlungsorientierung und über die Verteilung nichts bekannt ist, wird verteilungsfrei gemäss der ‚Rangvarianzanalyse von Friedman‘ getestet

**Ergebnis** =  $\chi^2_r = 79.11$ ;  $\chi^2_{\text{crit.}; df=3} = 7.82$  bei  $\alpha = .05$  (ungerichtete Testung)

**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert von 79.11 ist grösser als der kritische Wert  $\chi^2_{\text{crit.}}$ , weshalb  $H_A$  angenommen werden kann

Die statistische Entscheidung weist auch in diesem Fall auf einen signifikanten Unterschied bezüglich der jeweiligen Häufigkeiten zu allen vier Messzeitpunkten hin. Der Einzelvergleich hierzu erbringt detailliertere Ergebnisse:  $D_{T(\text{crit.})} = 0.761$  ( $\alpha = 0.05$ ).  $T_1 = 2$ ;  $T_2 = 2$ ;  $T_3 = 2$ ;  $T_4 = 4$ . Signifikante Unterschiede zeigen sich zwischen  $t_1$  und  $t_2$ ,  $t_1$  und  $t_4$ ,  $t_2$  und  $t_3$ , allerdings nicht zwischen  $t_1$  und  $t_3$ , und  $t_2$  und  $t_4$ . Zum Messzeitpunkt  $t_2$  erhöht sich das Ausmass handlungsorientiert ausgerichteter Bewältigungsversuche signifikant im Vergleich zu  $t_1$ . Zwischen  $t_2$  und  $t_3$  lässt sich kein signifikanter Unterschied feststellen. Zwischen  $t_3$  und  $t_4$  ist erneut ein bedeutsamer Unterschied festzustellen, allerdings diesmal in negativer Richtung (Verminderung der Anzahl zum Zeitpunkt  $t_4$ ). Bezüglich der Verlaufskurve der ‚*Lageorientierung*‘ lassen sich folgende Aussagen machen:

$H_0$  = Innerhalb der vier Messzeitpunkte (Verlaufskurve zur Bedingung ‚Lageorientierung‘) unterscheiden sich die Ausmasse der jeweiligen Häufigkeiten nicht

$H_A$  = Es wird erwartet, dass die Häufigkeit der ‚Lageorientierung‘ zu den jeweiligen Messzeitpunkten unterschiedlich ausfällt (*ungerichtete* Alternativhypothese).

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da wegen der relativ ungenauen Messung des Ausmasses der Lageorientierung und über die Verteilung nichts bekannt ist, wird verteilungsfrei gemäss der ‚Rangvarianzanalyse von Friedman‘ getestet

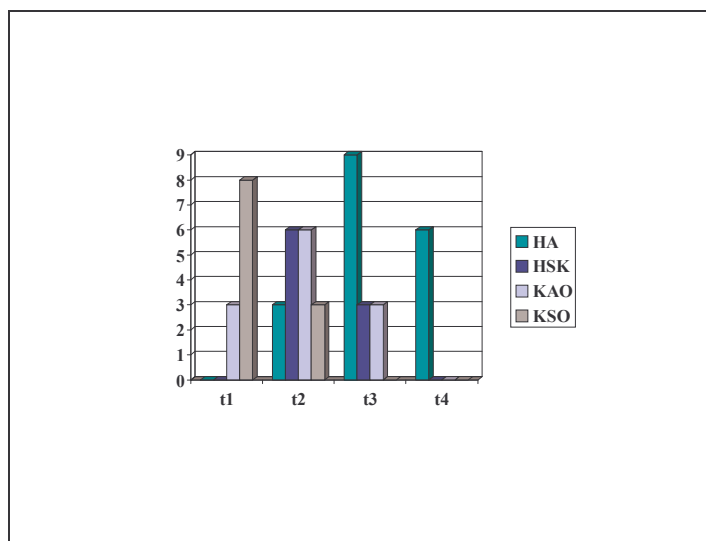
**Ergebnis** =  $\chi^2_r = 79.11$ ;  $\chi^2_{\text{crit.}; df=2} = 5.99$  bei  $\alpha = .05$  (ungerichtete Testung)

**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert von 79.112 ist grösser als der kritische Wert  $\chi^2_{\text{crit.}}$ , weshalb  $H_A$  angenommen werden kann

Die statistische Entscheidung weist in diesem Fall auf einen signifikanten Unterschied bezüglich der jeweiligen Häufigkeiten zu allen vier Messzeitpunkten hin. Der Einzelvergleich hierzu erbringt detailliertere Ergebnisse:  $D_{T(\text{crit.})} = 0.761$  ( $\alpha = 0.05$ ).  $T_1 = 3$ ;  $T_2 = 1$ ;  $T_3 = 3$ ;  $T_4 = 3$ . Signifikante Unterschiede zeigen sich zwischen  $t_1$  und  $t_2$ ,  $t_1$  und  $t_4$ ,  $t_2$  und  $t_3$ , allerdings nicht zwischen  $t_1$  und  $t_3$ ,  $t_2$  und  $t_4$  und  $t_3$  und  $t_4$ . Dies bedeutet also, dass zu Beginn (Messzeitpunkte  $t_1$  und  $t_2$ ) die Anzahl lageorientierter Bewältigungsversuche sinkt, um danach ( $t_3$ ) erneut zuzunehmen. Eine relative Stabilität der Anzahl wird zum Messzeitpunkt  $t_4$  erreicht.

*Zusammenfassend* lässt sich festhalten, dass kein eindeutiges Überwiegen einer Orientierungsform zu identifizieren ist: Weder die Anzahl handlungsorientierter noch die Anzahl lageorientierter Bewältigungsversuche überwiegt in signifikanter Weise. Vielmehr ist davon auszugehen, dass generell betrachtet durchgängig zwischen beiden Formen gewechselt wird.

Ein weitergehender Vergleich der Häufigkeiten sämtlicher möglicher Arten von Bewältigungsversuchen, durch die sich die ‚*Handlungsorientierung*‘ auszeichnet, bringt möglicherweise neue Erkenntnisse zur Präferenz der Bewältigungsversuche (vgl. Abbildung 6.13.):



	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	t <sub>3</sub>	t <sub>4</sub>
HA	0	3	9	6
HSK	0	6	3	0
KAO	3	6	3	0
KSO	8	3	0	0

**Abbildung 6.13:** Verlauf der *Handlungsorientierung* von  $t_1$  –  $t_4$  des ‚resignativ-unzufriedenen Typs‘; aufgeschlüsselt nach vier unterschiedlichen Arten von Bewältigungsversuchen ( $N = 45$ )

Die statistische Überprüfung der Unterschiede zwischen den einzelnen Häufigkeiten der handlungsorientierten Bewältigungsversuchen ergibt folgendes Ergebnis:

$H_0$  = Innerhalb der vier Arten von Bewältigungsversuchen (Bedingung ‚Handlungsorientierung‘) lässt sich kein signifikanter Unterschied in den jeweiligen Ausmassen feststellen

$H_A$  = Es wird erwartet, dass die Häufigkeit der jeweilig angewendeten Bewältigungsversuche zu den jeweiligen Messzeitpunkten unterschiedlich ist (*ungerichtete Alternativhypothese*).

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da wegen der relativ ungenauen Messung des Ausmasses der Bewältigungsversuche und über die Verteilung nichts bekannt ist, wird verteilungsfrei gemäss der ‚Rangvarianzanalyse von Friedman‘ getestet

**Ergebnis** =  $\chi^2_r = 0.675$ ;  $\chi^2_{crit., df=3} = 7.82$  bei  $\alpha = .05$  (ungerichtete Testung)

**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert von 0.675 ist kleiner als der kritische Wert  $\chi^2_{crit.}$ , weshalb  $H_0$  angenommen werden kann

Es ist nicht davon auszugehen, dass die Probandinnen des ‚resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstyps‘ einen bestimmten handlungsorientierten Bewältigungsversuch bevorzugen. Wie bereits bei der Diskussion des generellen Unterschieds zwischen der handlungsorientierten und der lageorientierten Verlaufskurve erwähnt, scheint es so zu sein, dass zu einem Zeitpunkt eine Vielzahl unterschiedlicher handlungsorientierter Bewältigungsversuche Verwendung fanden. Erklären lässt sich dieses Phänomen hypothetisch auf zweierlei Arten:

- (a) Es wurden je nach Notwendigkeit bzw. je nach Situation differentielle Bewältigungsversuche unternommen, d.h. ein bestimmter Bewältigungsversuch galt lediglich für einen eng definierten Problembereich, den es zu bewältigen gab. Der gesamte Problembereich wurde in kleine Problembereiche unterteilt, die jeweils mit Hilfe eines bestimmten, ausgewählten Bewältigungsversuch zu bewältigen versucht wurde (flexible Anwendung im Sinne von ‚Person kontrolliert Situation‘).
- (b) Die Person verwendete innerhalb eines Problembereiches aufgrund ihrer eingeschränkten Fähigkeit, lösungsorientiert diesen Problembereich zu strukturieren, im ‚Versuch-und-Irrtum‘-Verfahren sämtliche möglichen Bewältigungsversuche, und zwar im Hinblick darauf, dass eine Veränderung irgendwelcher Art eintritt. In diesem Sinne drängt sich der Gedanke der latenten Hoffnungslosigkeit und mangelnder Kontrollmöglichkeit dieser Person auf (unflexible Anwendung im Sinne von ‚Situation kontrolliert Person‘).

Es drängt sich – vergewissert man sich erneut das differentielle Persönlichkeitsprofil dieser Personengruppe – die Vermutung auf, dass im Sinne von Erklärung (b) wahrscheinlich eher von einer latenten Hoffnungslosigkeit und mangelnder Kontrollfähigkeit auszugehen ist. Wenn diese Annahme stimmen sollte, so sollte sich bei der Diskussion der lageorientierten Bewältigungsversuche ein ähnliches Bild ergeben.

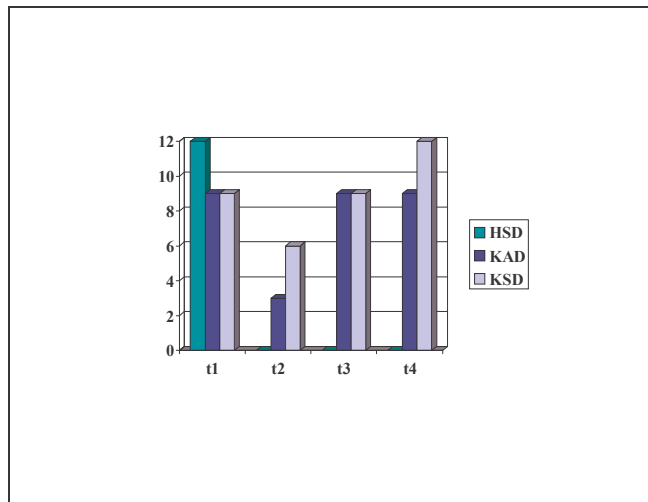


Abbildung 6.14.: Verlauf der *Lageorientierung* von t<sub>1</sub> – t<sub>4</sub> des ‚resignativ-unzufriedenen Typs‘; aufgeschlüsselt nach vier unterschiedlichen Arten von Bewältigungsversuchen (N = 45)

H<sub>0</sub> = Innerhalb der vier Arten von Bewältigungsversuchen (Bedingung ‚Lageorientierung‘) lässt sich kein signifikanter Unterschied in den jeweiligen Ausmassen feststellen

H<sub>A</sub> = Es wird erwartet, dass die Häufigkeit der jeweilig angewendeten Bewältigungsversuche zu den jeweiligen Messzeitpunkten unterschiedlich ist (*ungerichtete Alternativhypothese*).

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von H<sub>A</sub> für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da wegen der relativ ungenauen Messung des Ausmasses der Bewältigungsversuche und über die Verteilung nichts bekannt ist, wird verteilungsfrei gemäss der ‚Rangvarianzanalyse von Friedman‘ getestet

**Ergebnis** =  $\chi^2_r = 2.00$ ;  $\chi^2_{crit., df=2} = 5.99$  bei  $\alpha = .05$  (ungerichtete Testung)

**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert von 2.00 ist kleiner als der kritische Wert  $\chi^2_{crit.}$ , weshalb H<sub>0</sub> angenommen werden kann

Tatsächlich ergibt sich dasselbe statistische Ergebnis bei der Analyse der vorhandenen Daten zur Häufigkeit der *lageorientiert charakterisierten Bewältigungsversuche*.

Fasst man die vorliegenden Ergebnisse zum resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstypus‘ zusammen, so kann vermutet werden, dass diese Personengruppe aufgrund ihrer Ressourcenausstattung nicht in die Lage versetzt wird, eine derart subjektiv als massiv belastende Lebenssituation in dem Sinne zu meistern, dass sie gezielte Handlungen initiieren, die sie aus dieser subjektiv erlebten Misere herausbringen. Zwar wenden sie immer von neuem handlungsorientiert charakterisierte Bewältigungsversuche an, hemmen sich allerdings gleichzeitig durch den massiven Einsatz lageorientierter Bewältigungsversuche kognitiver Art, so dass ihre Absichten von Beginn an zum Scheitern verurteilt sind – Folge davon ist wahrscheinlich eine lebensbereichübergreifende Unzufriedenheit.

(c) Der ‚angepasst-pflichtbewusste Typ‘ (Abbildung 6.15.) wird durch das Bild der vorherrschenden Anpassung an die gegebene Erwerbspflicht beschrieben: Zwar wird der Erwerbsarbeit eine gewisse Wichtigkeit zugeschrieben, doch dürfte die Quelle der Lebenszufriedenheit wohl vorwiegend ausserhalb der Arbeit zu suchen sein. Eine erste

visuelle Sichtung der Verlaufskurve der Probandinnen des ‚angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstyps‘ zeigt nun folgende Besonderheiten auf:

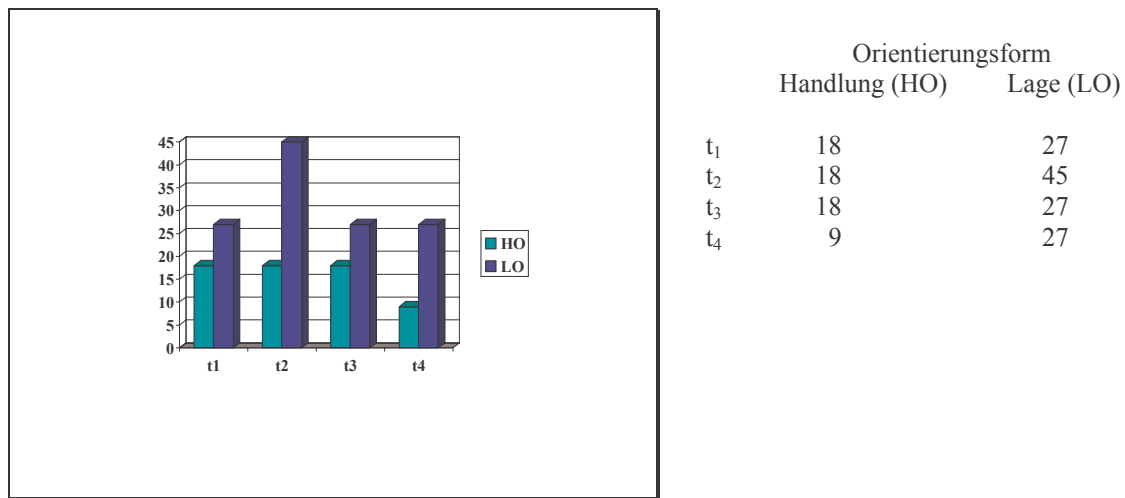


Abbildung 6.15.: Beratungsverlauf zum ‚angepasst-pflichtbewussten Typ‘ (N = 28)

Zu sämtlichen Messzeitpunkten überwiegt die Anzahl der lageorientiert ausgerichteten Bewältigungsversuche (Verlaufskurve zur Lageorientierung) diejenige der Handlungsorientierung. Die zusätzlich durchgeführte statistische Überprüfung der Unterschiede auf Signifikanz ergibt folgendes Ergebnis (Rangvarianzanalyse nach Friedman):

$H_0$  = Die Verlaufskurven zur Bedingung ‚Handlungsorientierung‘ und zur Bedingung ‚Lageorientierung‘ unterscheiden sich nicht

$H_A$  = Die Anzahl der handlungsorientiert ausgerichteten Bewältigungsversuche unterscheidet sich zu sämtlichen Messzeitpunkten von derjenigen der Lageorientierung (ungerichtete Alternativhypothese)

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da wegen der relativ ungenauen Messung des Ausmasses der Handlungs- und Lageorientierung, und da über die Art der möglichen Unterschiede keinerlei Aussage gemacht wurde, wird zur Hypothesenüberprüfung der ‚Friedman-Test‘ ausgewählt

**Ergebnis** =  $\chi^2_r = 16$ ;  $\chi^2_{crit.; df = 1} = 3.84$  bei  $\alpha = .05$  (ungerichtete Testung)

**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert von 16 ist grösser als der kritische Wert  $\chi^2_{crit.}$ , weshalb  $H_A$  angenommen werden kann

Es ist in statistischer Hinsicht davon auszugehen, dass zwischen beiden Orientierungsformen zu den vier Messzeitpunkten hinsichtlich des jeweiligen Ausmasses signifikante Unterschiede bestehen. Der Einzelvergleich weist folgerichtig auf signifikante Unterschiede zwischen den jeweiligen Messzeitpunkten  $t_1, t_2, t_3$  und  $t_4$  hin ( $D_{T(crit.)} = 0.832$ , bei  $\alpha = 0.05$ ).

Bezüglich der Verlaufskurve der ‚Handlungsorientierung‘ lassen sich folgende Aussagen machen:

$H_0$  = Innerhalb der vier Messzeitpunkte (Verlaufskurve zur Bedingung ‚Handlungsorientierung‘) unterscheiden sich die Ausmasses der jeweiligen Häufigkeiten nicht



$H_A$  = Es wird erwartet, dass die Häufigkeit der ‚Handlungsorientierung‘ zu den jeweiligen Messzeitpunkten unterschiedlich ausfällt (*ungerichtete* Alternativhypothese).

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da wegen der relativ ungenauen Messung des Ausmasses der Handlungsorientierung und über die Verteilung nichts bekannt ist, wird verteilungsfrei gemäss der ‚Rangvarianzanalyse von Friedman‘ getestet

**Ergebnis** =  $\chi^2_r = 45.41$ ;  $\chi^2_{\text{crit.}; df=3} = 7.82$  bei  $\alpha = .05$  (ungerichtete Testung)

**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert von 45.41 ist grösser als der kritische Wert  $\chi^2_{\text{crit.}}$ , weshalb  $H_A$  angenommen werden kann

Die statistische Entscheidung weist in diesem Fall – entgegen der visuellen Beurteilung der Verlaufskurve der Handlungsorientierung – auf einen signifikanten Unterschied bezüglich der jeweiligen Häufigkeiten zu den vier Messzeitpunkten hin. Der Einzelvergleich erklärt dieses Ergebnis:  $D_{T(\text{crit.})} = 1.203$  ( $\alpha = 0.05$ ).  $T_1 = 3$ ;  $T_2 = 3$ ;  $T_3 = 3$ ;  $T_4 = 1.5$ : Ein einziger bedeutsamer Unterschied ist identifizierbar, nämlich zwischen  $t_3$  und  $t_4$ , der dieses signifikante Ergebnis begründet. Dies bedeutet, dass die Probandinnen dieser Rehabilitationsgruppe zu keinem anderen Messzeitpunkt vermehrt handlungsorientiert ausgeprägte Bewältigungsversuche verwendeten.

Bezüglich der Verlaufskurve der ‚Lageorientierung‘ lassen sich folgende Aussagen machen:

$H_0$  = Innerhalb der vier Messzeitpunkte (Verlaufskurve zur Bedingung ‚Lageorientierung‘) unterscheiden sich die Ausmasse der jeweiligen Häufigkeiten nicht

$H_A$  = Es wird erwartet, dass die Häufigkeit der ‚Lageorientierung‘ zu den jeweiligen Messzeitpunkten unterschiedlich ausfällt (*ungerichtete* Alternativhypothese).

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

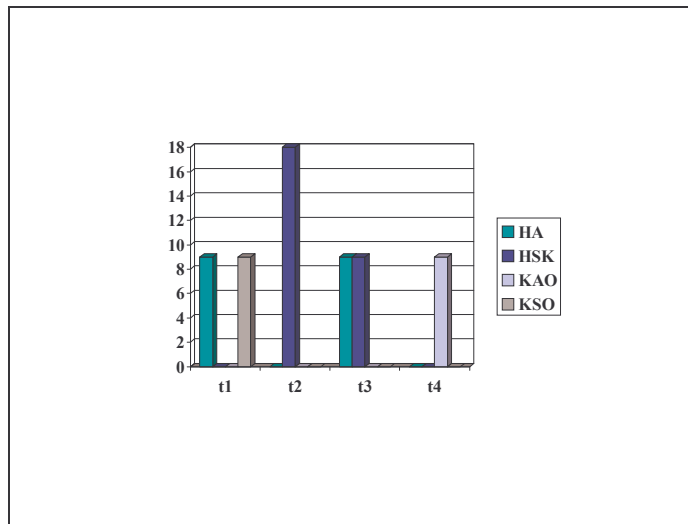
Testwahl = Da wegen der relativ ungenauen Messung des Ausmasses der Lageorientierung und über die Verteilung nichts bekannt ist, wird verteilungsfrei gemäss der ‚Rangvarianzanalyse von Friedman‘ getestet

**Ergebnis** =  $\chi^2_r = 50.76$ ;  $\chi^2_{\text{crit.}; df=3} = 7.82$  bei  $\alpha = .05$  (ungerichtete Testung)

**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert von 50.76 ist grösser als der kritische Wert  $\chi^2_{\text{crit.}}$ , weshalb  $H_A$  angenommen werden kann

Die statistische Entscheidung weist in diesem Fall erstaunlicherweise auf einen signifikanten Unterschied bezüglich der jeweiligen Häufigkeiten zu den vier Messzeitpunkten hin. Auch hier erbringt der Einzelvergleich detaillierte und begründende Ergebnisse:  $D_{T(\text{crit.})} = 1.203$  ( $\alpha = 0.05$ ).  $T_1 = 1$ ;  $T_2 = 4$ ;  $T_3 = 3$ ;  $T_4 = 2$ . Signifikante Unterschiede zeigen sich zwischen  $t_1$  und  $t_2$  und  $t_2$  und  $t_3$ , jedoch nicht zwischen den übrigen Messzeitpunkten. Zunächst wurde also das Ausmass der lageorientiert ausgeprägten Bewältigungsversuche erhöht, um zum Messzeitpunkt  $t_3$  erneut auf das Ausgangsniveau zu sinken. Zum Messzeitpunkt  $t_4$  blieb das Ausmass auf einem stabilen Niveau. Wiederum erklärt ein einziger signifikanter Unterschied das Globalerresultat der Signifikanzprüfung.

Das Ergebnis lässt vermuten, dass diese Rehabilitationsgruppe ähnlich ‚einseitig‘ wie der ‚strebsam-zufriedene Typ‘, allerdings im umgekehrten Sinne, also *lageorientiert charakterisierte Bewältigungsversuche* bevorzugt verwendet. Um dieser Vermutung weiter nachzugehen, soll identisch zum Vorgehen bei den vorherigen differentiellen Rehabilitationstypen auch in diesem Zusammenhang die Frage beantwortet werden, ob ein signifikanter Unterschied in der Verwendung einzelner *handlungsorientiert ausgerichteter Bewältigungsversuche* identifiziert werden kann.



	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	t <sub>3</sub>	t <sub>4</sub>
HA	9	0	9	0
HSK	0	18	9	0
KAO	0	0	0	9
KSO	9	0	0	0

**Abbildung 6.16.:** Verlauf der *Handlungsorientierung* von t<sub>1</sub> – t<sub>4</sub> des ‚angepasst-pflichtbewussten Typs‘; aufgeschlüsselt nach vier unterschiedlichen Arten von Bewältigungsversuchen (N = 28)

$H_0$  = Innerhalb der vier Arten von Bewältigungsversuchen (Bedingung ‚Handlungsorientierung‘) lässt sich kein signifikanter Unterschied in den jeweiligen Ausmassen feststellen

$H_A$  = Es wird erwartet, dass die Häufigkeit der jeweilig angewendeten Bewältigungsversuche zu den jeweiligen Messzeitpunkten unterschiedlich ist (*ungerichtete Alternativhypothese*).

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da wegen der relativ ungenauen Messung des Ausmasses der Bewältigungsversuche und über die Verteilung nichts bekannt ist, wird verteilungsfrei gemäss der ‚Rangvarianzanalyse von Friedman‘ getestet

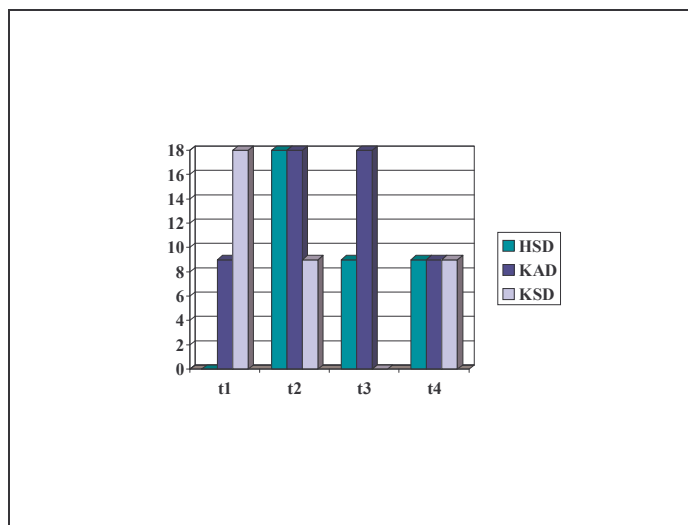
**Ergebnis** =  $\chi^2_r = 0.45$ ;  $\chi^2_{crit.; df=3} = 7.82$  bei  $\alpha = .05$  (ungerichtete Testung)

**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert von 0.45 ist kleiner als der kritische Wert  $\chi^2_{crit.}$ , weshalb  $H_0$  angenommen werden kann

Insgesamt betrachtet weist das statistische Ergebnis darauf hin, dass keine der handlungsorientiert charakterisierten Bewältigungsversuche signifikant häufiger verwendet wurde. Vielmehr ist wie bei den oben diskutierten Bewältigungsprofilen davon auszugehen, dass die Probandinnen je nach konkreter Situation unterschiedliche Bewältigungsversuche handlungsorientierter Art unternommen haben, wobei sich keine Präferenz zeigt. Bei lediglich visueller Beurteilung der Verlaufskurve fällt allerdings auf, dass doch vermehrt auf handlungsbezogene Bewältigungsversuche (HA und HSK) zurückgegriffen wurde – kognitiv

ausgerichtete Bewältigungsversuche (KAO und KSO) nehmen eher eine untergeordnete Rolle ein.

*Lageorientiert ausgerichtete Bewältigungsversuche* werden zum Messzeitpunkt  $t_1$  vornehmlich der Art ‚kognitiv-selbstbezogen-defensiv‘ (KSD) (z.B. „Ich bin wertlos“) verwendet. Diese äusserst negative Einschätzung der eigenen Persönlichkeit wird zum Messzeitpunkt  $t_2$  auf die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten übertragen und generalisiert (kognitiv-anforderungsbezogen-defensiv; KAD) (z.B. „Ich verfüge über keinerlei Fähigkeiten“). Auch an den übrigen Messzeitpunkten  $t_3$  und  $t_4$  zeigt sich keine auffallende Veränderung der Bevorzugung. Handlungsbezogen ausgerichtete Bewältigungsversuche (im Sinne von HSD; ‚handlungsbezogen-selbstbezogen-defensiv‘) treten vom Messzeitpunkt  $t_2$  an mit abnehmender Tendenz auf.



	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	t <sub>3</sub>	t <sub>4</sub>
HSD	0	18	9	9
KAD	9	18	18	9
KSD	18	9	0	9

**Abbildung 6.17.:** Verlauf der *Lageorientierung* von  $t_1$  –  $t_4$  des ‚angepasst-pflichtbewussten Typs‘; aufgeschlüsselt nach vier unterschiedlichen Arten von Bewältigungsversuchen ( $N = 28$ )

$H_0$  = Innerhalb der vier Arten von Bewältigungsversuchen (Bedingung ‚Lageorientierung‘) lässt sich kein signifikanter Unterschied in den jeweiligen Ausmassen feststellen

$H_A$  = Es wird erwartet, dass die Häufigkeit der jeweilig angewendeten Bewältigungsversuche zu den jeweiligen Messzeitpunkten unterschiedlich ist (*ungerichtete Alternativhypothese*).

Signifikanzniveau = Da die Konsequenzen einer fälschlichen Annahme von  $H_A$  für nicht sehr gravierend gehalten werden, wird  $\alpha = .05$  gesetzt

Testwahl = Da wegen der relativ ungenauen Messung des Ausmasses der Bewältigungsversuche und über die Verteilung nichts bekannt ist, wird verteilungsfrei gemäss der ‚Rangvarianzanalyse von Friedman‘ getestet

**Ergebnis** =  $\chi^2_r = 0.875$ ;  $\chi^2_{crit., df=2} = 5.99$  bei  $\alpha = .05$  (ungerichtete Testung)

**Entscheidung** = Der empirische  $\chi^2$ -Wert von 0.875 ist kleiner als der kritische Wert  $\chi^2_{crit.}$ , weshalb  $H_0$  angenommen werden kann

Auch statistisch lässt sich keine Präferenz eines einzelnen lageorientiert ausgerichteten Bewältigungsversuchs feststellen.

*Fasst* man die vorliegenden Ergebnisse zum ‚angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstyps‘ zusammen, so stellt man zunächst generell fest, dass in diesem Falle im Gegensatz zu den

beiden anderen oben kommentierten Verlaufskurven die lageorientiert ausgerichteten Bewältigungsversuche überwiegen. Allerdings lässt sich keine detailliertere Aussage über die Art der gewählten Bewältigungsversuche machen, da die Probandinnen während des gesamten dokumentierten Rehabilitationsverlaufes keine Präferenz für einen bestimmten Bewältigungsversuch zeigen. Vermutlich ist auch in diesem Fall davon auszugehen, dass lediglich die Hauptorientierung der Bewältigungsversuche – nämlich entweder handlungs- oder lageorientiert – durch das differentielle Persönlichkeitsprofil erklärt werden kann, jedoch keine differentiellen Aussagen über die Bevorzugung einzelner konkreter Bewältigungsversuche möglich ist.

Erwähnenswert ist der dramatische Anstieg der Lageorientierung zum Messzeitpunkt  $t_2$ : Er lässt sich auf der Grundlage der Abbildung 6.17. erklären durch das hohe Ausmass an kognitiv-anforderungsbezogen-defensiven (KAD; z.B. ‚mir fehlen die Fähigkeiten für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit‘) und handlungsbezogen-selbstbezogen-defensiven Bewältigungsversuche (HSD; z.B. ‚ich habe mich nicht über Möglichkeiten informiert‘ im Sinne des Abwartens, dass jemand anderes die zuvor vereinbarte Aufgabe erfüllt). Erstaunlicherweise zeigt sich zum selben Zeitpunkt  $t_2$  ein dramatischer Anstieg des Ausmasses an ‚handlungsbezogen-selbstbezogen-kognitiver Bewältigungsversuchen‘ (Abbildung 6.17.). Dieser verläuft bis zum Messzeitpunkt  $t_3$  parallel zum Bewältigungsversuch ‚handlungsbezogen-selbstbezogen-defensiv‘ (HSD), weshalb sich beide in ihrem Mass aufheben, während der Bewältigungsversuch HSD zum Messzeitpunkt  $t_4$  Überhand gewinnt und weiterhin Bestand hat, der Bewältigungsversuch HSK hingegen vollständig aufgegeben wird. Es werden keine handlungsbezogenen Bewältigungsversuche konstruktiver oder anforderungsbezogener Art mehr verwendet. Die Probandinnen verharren in ihren defensiv geprägten Bewältigungsversuchen, also in der Lageorientierung.

Stellt man nun auch in diesem Fall einen Bezug zu den durch die Querschnittsanalyse erhaltenen Daten zur identifizierten differentiellen Persönlichkeitsstruktur her, so kann vermutet werden, dass sich die Diskrepanz zwischen recht hohem beruflichem Engagement und niedrigem Erfolgserleben im Beruf in der durchgängig bevorzugten Lageorientierung äussert. Wahrscheinlich ist dieses Ergebnis ein weiterer Hinweis auf die niedrige Motivation dieser Personengruppe hinsichtlich ihren Bemühungen zur erwerblichen Wiedereingliederung.

## **6.9. Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Längsschnittanalyse - Betrachtung auf dem Hintergrund der Querschnittsergebnisse**

*Zusammenfassend* lässt sich festhalten, dass sich eine auffallende Übereinstimmung zwischen den querschnittlich und den längsschnittlich erzielten Ergebnissen ergeben hat. Die gesamte Ergebnislage wird in Tabelle 6.24. wiedergegeben. Es hat sich gezeigt, dass die differentielle Ressourcenausstattung bzw. das differentielle Persönlichkeitsprofil je nach Rehabilitationstyp den Rehabilitationsprozess massgeblich mitdefiniert. Zudem ist erkennbar geworden, dass wohl ein Zusammenhang zwischen persönlicher Ressourcenausstattung und subjektivem Belastungserleben, Arbeitspensum (Vollzeit- oder Teilzeitpensum) und Zufriedenheit mit dem Einkommen besteht. Unklar ist allerdings die Richtung des Zusammenhanges. Das Sozialversicherungswesen der Schweiz geht – so die Schlussfolgerungen des Autors – implizit von der Annahme einer *passiv-rezeptiven Haltung* einer versicherten Person im Sinne der ‚evokativen Individuum-Umwelt-Koordination‘ (die versicherte Person fordert ein gewisses Verhalten einer Institution heraus) aus (vgl. das dritte Kapitel), weshalb eine

versicherte Person lediglich in berufsberaterischer Hinsicht ‚abgeklärt‘ werden muss – und zwar unabhängig von ihrer derzeitigen ausserberuflichen Lage –, um ihr eine ihrer ‚Behinderung angepassten alternativen Erwerbstätigkeit‘ zuordnen zu können. Dass die jeweiligen differentiellen Persönlichkeitsprofile im Sinne von Rehabilitationstypen massgeblich Einfluss auf den Verlauf der Abklärungsphase – und nicht zuletzt auf die Teilnahmefähigkeit am Erwerbsleben versicherter Frauen – haben, wird dabei ausgeblendet.

Rehabilitationstyp	Charakteristika	Orientierungsmodus
<i>strebsam-zufrieden</i>	<p><i>Persönlichkeitsprofil:</i> Hoher beruflicher Ehrgeiz, offensive Problembewältigung; klare Gesundheitsorientierung; Gleichgewicht zwischen Arbeit und Freizeit (Anforderungsressourcen); hohe soziale Ressourcen (Arbeits- und Sozialressourcen); generell hohes Ausmass an Lebenszufriedenheit und beruflichem Erfolgserleben (Ressource Zufriedenheit)</p> <p><i>subjektives Belastungserleben:</i> Erlebt die jetzige Situation kaum als belastend</p> <p><i>Arbeitspensum:</i> Meistens in Teilzeit erwerbstätig, zusätzlich zum häuslichen Aufgabenbereich</p> <p><i>Zufriedenheit mit dem Einkommen:</i> In mittlerem Ausmass zufrieden</p>	<p>handlungsorientiert ausgeprägte Bewältigungsversuche bevorzugt verwendet</p> <p>zu sämtlichen Messzeitpunkten überwiegt die Anzahl der handlungsorientierten Bewältigungsversuche die Anzahl der lageorientierten Bewältigungsversuche</p> <p>keine identifizierbare Präferenz einzelner Bewältigungsversuche</p>
<i>resignativ-unzufrieden</i>	<p><i>Persönlichkeitsprofil:</i> Weit unterdurchschnittliches Mass an beruflichem Ehrgeiz; geringe Problembewältigungskompetenz; insgesamt eingeschränkte Anforderungsressourcen; geringe Stressstabilität; unterdurchschnittliches Ausmass an Erholungsverhalten; geringe subjektive Bedeutung der Arbeit; allerdings hohes Erleben sozialer Unterstützung (Arbeits- und Sozialressourcen); geringes Ausmass an Lebenszufriedenheit und Erfolgserleben im Beruf (Ressource Zufriedenheit)</p> <p><i>subjektives Belastungserleben:</i> Erlebt die derzeitige Situation als sehr hoch belastend</p> <p><i>Arbeitspensum:</i> Meistens in Teilzeit erwerbstätig, zusätzlich zu den Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich</p> <p><i>Zufriedenheit mit dem Einkommen:</i> Zufrieden mit dem Einkommen</p>	<p>keine identifizierte Präferenz der Orientierungsform</p> <p>unterschiedliche Verwendung der jeweiligen Orientierungsform</p> <p>keine identifizierbare Präferenz einzelner Bewältigungsversuche</p>

Tabelle 6.24.: Ergebnistabelle zur Querschnitt- und Längsschnittstudie – Zusammenfassung erster Teil



*angepasst-pflicht-  
bewusst*

*Persönlichkeitsprofil:* durchschnittliches Ausmass an beruflichem Ehr-  
rufflichem Ehrgeiz und Problemlö-  
sungskompetenz bei eingeschränk-  
ter kommunikativer Kompetenz;  
mittleres Ausmass an Stressstabili-  
tät bei eingeschränktem Selbstver-  
trauen; aktives Erholungs- und Ge-  
sundheitsverhalten (Anforderungs-  
kompetenz); hohes Mass an subjek-  
tiver Bedeutung der Arbeit; einge-  
schränktes Erleben sozialer Unter-  
stützung (Arbeits- und Sozialres-  
ourcen); durchschnittliches Mass  
an Lebenszufriedenheit und Erle-  
ben an beruflichem Erfolg (Ressour-  
ce Zufriedenheit)

*subjektives Belastungserleben:*  
In mittlerem Ausmass als belastend  
erlebt

*Arbeitspensum:*  
Meistens in Vollzeit erwerbstätig

*Zufriedenheit mit dem Einkommen:*  
Unzufrieden mit dem Einkommen

lageorientiert ausgeprägte  
Bewältigungsversuche be-  
vorzugt verwendet

Die Anzahl der lageorien-  
tierten Bewältigungsver-  
suche überwiegt zu sämt-  
lichen Messzeitpunkten  
diejenige der handlungs-  
orientierten Bewältigungs-  
versuche

keine identifizierte Präfe-  
renz einzelner Bewälti-  
gungsversuche

Tabelle 6.25.: Ergebnistabelle zur Querschnitt- und Längsschnittstudie – Zusammenfassung zweiter Teil

So scheint der ‚*strebsam-zufriedene Rehabilitationstyp*‘ aufgrund seines Persönlichkeitsprofils bzw. seiner Ressourcenausstattung die besten Voraussetzungen zumindest für einen erfolgreichen Abschluss der berufsberaterischen Abklärungsphase hinsichtlich der Identifikation der Teilnahmemöglichkeiten am Erwerbsleben zu besitzen: Er handelt durchgehend in handlungsorientiertem Sinne, indem er vorwiegend handlungsbezogene (z.B. konkrete Vorstellung bei einem potentiellen Arbeitgeber: anforderungsbezogen; oder beispielsweise auch Suche nach beruflichen Informationen: selbstbezogen) oder / und kognitiv-offensive (z.B. Überzeugung, bestimmten Anforderungen genügen zu können: anforderungsbezogen; oder Überzeugung, generell einer Umschulung genügen zu können: selbstbezogen) Bewältigungsversuche verwendet. Im Sinne des differentiellen Persönlichkeitsprofils besteht theoretisch eine Übereinstimmung mit dem hohen Ausmass an beruflichem Ehrgeiz und offensiver Problembewältigung. Dieser Rehabilitationstyp beachtet trotz dieser optimalen Grundhaltung misserfolgsrelevante Informationen und Erfahrungen im Sinne lageorientiert charakterisierter Bewältigungsversuche, ist jedoch fähig, diese Informationen während der weiteren Verlaufs des Reintegrationsprozesses entweder ‚auszublenden‘ oder konstruktiv für ihre zukünftigen Handlungen zu berücksichtigen und sich damit nicht zusätzlich zu belasten. Wichtig hierbei scheint gemäss der vorhandenen Forschungsliteratur das Vorhandensein der Ressourcen ‚Erleben sozialer Unterstützung‘ und ‚Erleben beruflicher Erfolge‘. Die Probandinnen dieses Rehabilitationstyps scheinen die Fähigkeit zu besitzen, Erwerbsarbeit und Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich konstruktiv verbinden zu können. Eine bedeutende Eigenschaft dieser Personengruppe hierfür scheint für den Autor das vorhandene Gleichgewicht zwischen Arbeit und Freizeit / Gesundheitsvorsorge zu sein.

Der ‚*resignativ-unzufriedene Rehabilitationstyp*‘ hingegen bildet hinsichtlich des differentiellen Persönlichkeitsprofils bzw. Ressourcenprofils anscheinend eine Art Gegenpol

zum ‚strebsam-zufriedenen Typ‘. Die Ausübung einer Erwerbsarbeit besitzt für diese Probandinnengruppe eine untergeordnete Rolle. Sie entwickelt kaum beruflichen Ehrgeiz und besitzt gleichzeitig lediglich ein eingeschränktes Selbstvertrauen. Das resignative Verhalten zeigt sich offenbar auch in der eingeschränkten offensiven Problembewältigungskompetenz. Für diese Probandinnengruppe existiert in der Freizeit keine Alternative zur Erhöhung der Lebenszufriedenheit. Dementsprechend fühlt sich diese Rehabilitationsgruppe insgesamt trotz ausgeprägtem Erleben sozialer Unterstützung hoch belastet durch ihre derzeitige Situation. Dies zeigt sich auch in Bezug auf die Orientierungsform, wo keine eindeutige Präferenz entweder der handlungsorientiert oder der lageorientiert geprägten Bewältigungsversuche identifiziert werden kann: Zur selben Zeit werden sowohl handlungsorientierte als auch lageorientierte Bewältigungsversuche gleichgewichtig verwendet, was jedem handlungsorientierten Bewältigungsversuch – und damit jedem Schritt zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben – potentiell den ‚Wind aus den Segeln nimmt‘. Damit wird vermutlich einem Teufelskreis Tür und Tor geöffnet, weshalb mit jedem Misserfolg ein Stück noch vorhandener Ressourcen verloren geht – für die betroffene Person wiegt der Verlust einer Ressource umso schwieriger, als dass jeder einzelne Verlust einer Ressource nach den Untersuchungsergebnissen Hobfoll (1998) lediglich durch mehrere neu gewonnenen Ressourcen kompensiert werden kann. Diese Ressourcenkonstellation im Persönlichkeitsprofil zeigt ihre negativen Auswirkungen sowohl im Kontext der Erwerbsarbeit – vorwiegend ist diese Frauengruppe in Teilzeit erwerbstätig – als auch im Kontext des häuslichen Aufgabenbereichs, weshalb sie sich insgesamt als äusserst unzufrieden mit ihrem Leben bezeichnen. Aus rehabilitationspsychologischer Sicht mag die erwerbliche Rehabilitation dieser Frauengruppe – führt man den Rehabilitationsprozess lediglich in der bisherigen Form durch, wonach eine Klientin als passive Rezeptorin von ‚Eingliederungsmassnahmen‘ betrachtet wird – schwierig, wenn nicht ausgeschlossen zu sein.

Was den ‚angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstypus‘ betrifft, so ist zu bemerken, dass dieser Rehabilitationstyp trotz erhaltenem beruflichem Ehrgeiz und hoch eingeschätzter Wichtigkeit der Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht über ausreichende Ressourcen verfügt, so beispielsweise über ein gewisses Mass an Stresstabilität oder Selbstvertrauen und Optimismus, um den Anforderungen, die er an sich bezüglich seiner Einschätzung der subjektiven Bedeutsamkeit der Erwerbsarbeit hat, gerecht zu werden. Diese Diskrepanz zeigt sich augenfällig im Auseinanderdriften von hohem Engagement und niedrigem subjektiven Erleben von Erfolg im Erwerbsleben – weshalb es naheliegend erscheint, von einem eigentlichen ‚Schereneffekt‘ zu sprechen. Bezeichnend ist dabei eine Aussage einer Probandin dieser Rehabilitationsgruppe: „Man tut halt, was man muss!“. Dass diese Probandinnengruppe lediglich dann aktiv etwas für ihre Gesundheit unternimmt (eingeschränktes Ausmass der Ressource ‚Aktives Erholungsverhalten in der Freizeit‘), wenn der Körper Warnsignale sendet (mittleres Ausmass der Ressource ‚Gesundheitsvorsorge bei Warnsignalen‘), verstärkt diesen Eindruck der Anpassung an von ‚ausser‘ aufgezwungene Notwendigkeiten lediglich. Das gleichzeitig niedrige Erleben sozialer Unterstützung und die eingeschränkte allgemeine Lebenszufriedenheit runden dieses Bild der ‚angepasst-pflichtbewussten‘ Probandinnen ab.

Ein weiterer Hinweis auf dieses Verhaltensmuster zeigt sich an der Verlaufskurve hinsichtlich der verwendeten Bewältigungsversuche während der Abklärung der erwerblichen Eingliederungsmöglichkeiten durch eine Fachperson für IV-Berufs- und Laufbahnberatung: So überwiegen zu sämtlichen Beratungszeitpunkten lageorientiert geprägte Bewältigungsversuche defensiver Art (z.B. „Ich besitze nicht die Fähigkeiten, um den Anforderungen zu genügen“: kognitiv-anforderungsbezogen; oder „andere Personen notwendige Aufgaben erledigen zu lassen“: handlungsbezogen-defensiv). Handlungsbezogen charakterisierte Bewältigungsversuche werden zwar unternommen, sie erreichen allerdings

niemals das Ausmass, als dass sie die Anzahl der lageorientiert ausgerichteten Bewältigungsversuche überwiegt. Dass diese Rehabilitationsgruppe vornehmlich in Vollzeit erwerbstätig war, lässt vermuten, dass sie aus finanzieller Notwendigkeit heraus einer Erwerbstätigkeit nachgehen muss. Mit ihrem Einkommen fühlt sich diese Frauengruppe allerdings nicht zufrieden. Es stellt sich in diesem Zusammenhang überhaupt die Frage, ob es sich für eine Frau dieser Rehabilitationsgruppe denn auch lohnt, die Belastungen insgesamt zu ertragen (Statuskontrolle i.S. von Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit, ausbildungsmässiger Beschäftigung), da sie doch - wie bereits erwähnt - weder Erfolg im Beruf noch sich allgemein zufrieden mit ihrem Leben erlebt. Für die erwerbliche Rehabilitation dieser Frauengruppe wird wohl die Frage der ‚Gratifikation‘ im Vordergrund stehen. Ebenso bedeutsam erscheint die Frage nach dem Erleben sozialer Unterstützung. Die Beantwortung dieser Fragen entscheidet wahrscheinlich nicht nur darüber, ob sie angesichts der finanziellen Belastung und der allgemeinen Lebensunzufriedenheit an einer erwerblichen Rehabilitationsmassnahme teilnimmt, sondern auch darüber, wie die aktive Partizipation während der Rehabilitation und damit auch der Erfolg der Massnahme ausfällt (vgl. Hafen, Bengel, Jastrebow & Nübling, 2000).

## 7. Diskussion und praktische Relevanz der Ergebnisse für die erwerbliche Rehabilitationspraxis

Mit der vorliegenden explorativen Studie wurde das Ziel angestrebt, sowohl rehabilitationsförderliche als auch rehabilitationshemmende Faktoren bei der erwerblichen Rehabilitation auf der Grundlage einer Stichprobe von 94, durch einen Gesundheitsschaden in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkten Frauen in der Schweiz, die sich bei der Schweizerischen Invalidenversicherung zum Bezug erwerbsbezogener Leistungen angemeldet haben, zu identifizieren. Dieser Identifikationsprozess erfolgte zunächst einmal *formal*, indem eingehend auf die sozialversicherungsrechtliche Grundlage der Wiederherstellung der erwerblichen Teilnahmemöglichkeit von Frauen eingegangen wurde. In einem zweiten Schritt wurde im Rahmen einer empirisch-statistischen Querschnitts- und einer darauf aufbauenden Längsschnittstudie auf die Frage eingegangen, ob sich hinsichtlich der Bewältigungsverlaufes dieser dualen Beeinträchtigung – gesundheitliche Beeinträchtigung und Erwerbslosigkeit – differentielle Bewältigungsprofile im Sinne von ‚Rehabilitationstypen‘ identifizieren lassen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie - wobei die empirisch-statistisch erzielten Ergebnisse aufgrund der geringen Stichprobengrösse wohl vorsichtig zu interpretieren sind - zur Situation von Frauen, die wegen eines ihre Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Gesundheitsschadens bei der Schweizerischen Invalidenversicherung Leistungen zu ihrer erwerblichen Wiedereingliederung erhalten, liefern grundsätzlich eine Reihe bemerkenswerter Anhaltspunkte zum Problembereich der erwerblichen Rehabilitation. Sie bieten gleichzeitig im Sinne von 'Gegen die Wirklichkeit andenken' Möglichkeiten hinsichtlich einer evolutionären Weiterentwicklung des erwerblichen Rehabilitationssystems, weshalb dementsprechend gleichzeitig *Ansatzpunkte zur evolutionären Veränderung* der bisherigen erwerblichen Rehabilitationspraxis skizziert werden sollen. Grundsätzlich wird für die weiteren Ausführung zwischen drei Ebenen unterschieden:

- (a) invalidenversicherungsrechtliche Ebene (7.1.)
- (b) Ebene der Grundlagenforschung zur Rehabilitation (7.2.)
- (c) Ebene der Auseinandersetzung mit den erwerblichen Teilnahmemöglichkeiten (7.3.)

### 7.1. Ergebnisse und Ansatzpunkte zur Evolution der invalidenversicherungsrechtlichen Grundlagen der erwerblichen Rehabilitation behinderter Frauen

Ausgehend vom monetär definierten Defizitgedanken spielt die Schweizerische Invalidenversicherung und insbesondere das gegenwärtige schweizerische Rehabilitationsrecht grundsätzlich eine *funktionale Rolle*, nämlich die formale Regelung erwerblicher Wiedereingliederungsmassnahmen versicherter Personen, unabhängig von ihrem Geschlecht, und zwar im Hinblick auf die Wiedererlangung der ursprünglichen Fähigkeit, ihren Lebensunterhalt in selbständiger und unabhängiger Weise zu bestreiten. Es wurde festgehalten, dass nach dem rehabilitationsrechtlichen *Kausalitätsprinzip* nicht jede Person mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung tatsächlich Anspruch auf erwerbliche Rehabilitation erwirbt, sondern nur diejenige, deren Gesundheitsschaden eine massgebliche Auswirkung auf die Teilnahmemöglichkeit am Erwerbsleben hat. Nach dem *Finalitätsprinzip* spielt nicht die Art und Genese des Gesundheitsschadens eine Rolle (eine Ausnahme bildet

allerdings das Leistungssystem für Geburtsgebrechen), sondern lediglich die Tatsache des Einflusses der gesundheitlichen Beeinträchtigung auf die Erwerbsfähigkeit. Der Idee nach werden durch das Finalitätsprinzip sämtliche Massnahmen zusammengefasst, die ihrer Art nach erwerbliche Reintegration bewirken oder Desintegration vorbeugen sollen. Die Art und die Zielsetzung der Reintegration ist damit zumindest in *formaler Hinsicht* klar definiert: Eine *optimale erwerbliche Rehabilitation* zielt ausschliesslich auf die *Identifikation* einer der Behinderung angepassten *Erwerbstätigkeit*, also auf die *Abklärung* der *Teilnahmemöglichkeiten* am *Erwerbsleben* hin - und nicht auf die *tatsächliche* Wiedereingliederung in die Erwerbswelt. Dass allerdings eine Erwerbsunfähigkeit bloss in seltenen Fällen ausschliesslich gesundheitlich bedingt ist und andere Variablen ebenso Auswirkungen auf die Teilnahmemöglichkeiten am *gesellschaftlichen* Leben haben, wird bewusst ausgeblendet: Eng verwobene Faktoren wie die Persönlichkeit und das jeweilige subjektive Belastungserleben, die Bildung, das Alter, die Sprachkenntnisse, die beruflichen Qualifikationen, die Lebenserfahrungen und letztlich der Arbeitsmarkt gelten als *invaliditätsfremde* Faktoren, welche keine Invalidität an-und-für-sich begründen.

Wenn auch die zweckmässige Ausnützung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit in der Alltagspraxis einer IV-Stelle von der beruflichen Ausbildung, den physischen und kognitiv-intellektuellen Fähigkeiten und dem Alter der versicherten Person abhängt, so handelt es sich in diesem Fall nicht um zusätzliche Faktoren, die neben der *Zumutbarkeit weiterer Erwerbstätigkeit* das Ausmass der Invalidität mitbestimmen würden. Das selbe gilt nun sinngemäss, wenn eine teilzeiterwerbstätige Frau mit zusätzlichen Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich, deren Erwerbsfähigkeit durch eine gesundheitliche Schädigung eingeschränkt wurde, aus familiär-wirtschaftlichen Gründen allerdings darauf angewiesen ist, einer alternativen, ihrer Behinderung angepassten teilzeitlichen Erwerbstätigkeit in der näheren Wohnregion nachzugehen und kein derartiger Arbeitsplatz vorhanden ist (Kriterium des 'Ausgeglichenen Arbeitsmarktes'). Dies hat mit dem ‚*Erfolgsbegriff*‘ bezüglich der Massnahmen der erwerblichen Wiedereingliederung der Invalidenversicherung zu tun: So setzt das Schweizerische Invalidenrecht ‚Erfolg‘ mit ‚Identifikation der Teilnahmemöglichkeiten am Erwerbsleben‘ gleich, und nicht mit der tatsächlichen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, womit klar zwischen behinderungsbedingter Arbeitsunfähigkeit und arbeitsmarktbedingter Arbeitsunfähigkeit unterschieden wird.

Das Ziel der ‚*Abklärung*‘ der erwerblichen Wiedereingliederungsmöglichkeiten machte damals zur Gründungszeit der Invalidenversicherung in den 60er Jahren durchaus Sinn, wurde doch gerechtfertigterweise davon ausgegangen, dass der schweizerische Arbeitsmarkt trotz geringfügiger Schwankungen behinderten Menschen genügend Arbeitsplätze zur Verfügung stellen würde, um ihnen die Möglichkeit eines Wiedereinstiegs in die Erwerbswelt zu ermöglichen: Es genügte demnach für die Invalidenversicherungstelle, dafür zu sorgen, Reintegrationsbedürfnisse festzustellen und im Zuge einer dementsprechenden Umschulungsmassnahme zu gewährleisten - optimistisch darauf vertrauend, dass der Arbeitsmarkt im Rahmen eines *ausgewogenen Verhältnisses des Arbeitsplatzangebotes und der Arbeitsplatznachfrage* der versicherten Person wohl eine dementsprechende Arbeitsstelle in Teil- oder Vollzeit anbieten wird. Was zum damaligen Zeitpunkt durchaus nachvollziehbar erschien, erscheint zum heutigen Zeitpunkt allerdings angesichts des sich ständig verändernden Arbeitsmarktes als Ausdruck eines *illusionären Optimismus*‘ (Weinstein, 1980). So zeigt sich zum heutigen Zeitpunkt eine deutliche ‚*Divergenz*‘ zwischen *Arbeitsplatzangebot und Angebotsnachfrage behinderter Menschen*, dem die Invalidengesetzgebung auch heute, trotz Ausbau der Unterstützung bei der Stellensuche im Sinne der IV-Arbeitsvermittlung (jedoch weiterhin unter Vernachlässigung der psychosozialen Verhältnisse der jeweiligen versicherten Person) nichts entgegen zu setzen hat. Jedoch ist der Kreis der zumutbaren und



damit möglichen Erwerbsmöglichkeiten gerade bei Frauen aufgrund ihrer besonderen ökonomischen Situation allgemein eher nach unten orientiert, womit auch das tatsächliche Angebot an Teilzeiterwerbsstellen massiv eingeschränkt wird. So wird qualifizierten Fachverkäuferinnen eine Erwerbstätigkeit an einer Ladenkasse zugemutet – sollte sich allerdings keine freie Arbeitsstelle finden, gilt die versicherte Person ausdrücklich *nicht* als erwerbsunfähig und damit potentiell rentenberechtigt, sondern faktisch als arbeitslos und deshalb zumindest theoretisch berechtigt zum Bezug von Arbeitslosengeldern (ob sie allerdings von der Arbeitslosenversicherung tatsächlich als ‚vermittelbar‘ eingeschätzt wird, ist eine andere offene Frage, zu deren Beurteilung wiederum andere gesetzliche Grundlagen herangezogen werden).

Hinzu kommt, dass das Finalitätsprinzip hinsichtlich der Rechtsfolge von der Zielsetzung abhängig ist: Im Sinne der Invalidengesetzgebung kommt es ausschliesslich darauf an, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, die *zumindest im Idealfall* sowohl den Neigungen und Fähigkeiten der versicherten Person entspricht, und zwar erneut im Idealfall an einem Dauerarbeitsplatz. Es geht also ausdrücklich um die *Erwerbsintegration*, und nicht gesamthaft um die Wiedererlangung der Teilnahmefähigkeit in sämtlichen gesellschaftlichen Teilbereichen im Sinne des ICF (2001). Implizit wird also davon ausgegangen, dass mit der 'blosser' Durchführung erwerblicher - und damit materiell ausgerichteter - Rehabilitationsmassnahmen gleichzeitig die soziale bzw. gesamtgesellschaftliche Rehabilitation 'geregelt' wird. Eine Rechtfertigung für diese Entscheidung wird lediglich im Hinblick auf die zentrale Stellung der Erwerbstätigkeit im Leben eines Individuums gegeben - und gründet deshalb einerseits sicherlich auf Plausibilitätsannahmen, weshalb sich in diesem Zusammenhang fragen lässt: In wie fern rechtfertigt sich eine Entscheidung, dass beispielsweise eine in Teilzeit erwerbstätige Frau mit zusätzlichen Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich 'optimal' eingegliedert ist, wenn ihr die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit an einer Arbeitsstelle zugemutet wird, die zwar einerseits ihren Fähigkeiten und körperlichen und kognitiv-intellektuellen Möglichkeiten entspricht, ihr allerdings womöglich durchwegs keine Freude bereitet - eine Arbeitsstelle, die für sie möglicherweise gerade wegen ihrer familiären und Wohnlage in nützlicher (oder: subjektiv als noch zumutbar eingeschätzter) Frist auch gar nicht erreichbar ist?

Andererseits ist zu bemerken, dass es die Funktion des Rehabilitationsrechts ist, verbindliche Entscheidungen zu generieren. Damit verschafft sich das Rechtssystem allgemein *Legitimität* gegenüber seinen Anwendern, die sich darin ausdrückt, dass betroffene Personen eine "inhaltlich noch unbestimmte Entscheidung innerhalb bestimmter Toleranzgrenzen hinnehmen" (Luhmann, 1969, S. 28). Luhmann (1969) nennt dies - so auch der Titel seines Buches - "*Legitimation durch Verfahren*": Erwartet wird demzufolge von den Anwendern des Rehabilitationsrechts eine *Bereitschaft zur motivlosen Akzeptanz der administrativen Entscheidung der Verantwortlichen einer IV-Stelle* (Luhmann, 1969, S. 32). In dieser Hinsicht erhält die Diskussion zum Thema 'Gesundheitsschaden und Bewältigung' (Kapitel 4.2.) auch Sinn - so hat sich gezeigt, dass das vorherrschende Rehabilitationsrecht ihre Klientel als eher passive Rezeptoren von IV-Rehabilitationsmassnahmen betrachtet, welche hinsichtlich ihrer derzeitigen körperlichen und kognitiv-intellektuellen Ressourcen auf der Grundlage des rechtlichen Rehabilitationsverfahrens durch Fachpersonen einer Invalidenversicherungsstelle ‚abgeklärt‘ werden (evokative Individuum-Umwelt-Koordinierung).

Diese Annahme steht allerdings wie bereits erwähnt diametral zur heute zunehmend vorherrschenden Meinung, dass Personen als Ko-Produzenten ihres Genesungsprozesses betrachtet werden (Donabedian, 1992), deren aktive, eigenverantwortliche Teilnahme an der erwerblichen Rehabilitation entscheidenden Anteil am Erfolg solcher Massnahmen hat. Mehr

noch als für die Akutmedizin, wo häufig Notfälle oder akute Probleme den Input medizinischer Experten zumindest kurzfristig in den Vordergrund rücken lassen, gilt dies für erwerblich-rehabilitative Massnahmen. So sollen beispielsweise im Bereich der kardiologischen Rehabilitation mit der Behandlung Grundlagen für umfangreiche und komplexe Verhaltensänderungen geschaffen werden. Die geforderte aktive und eigenverantwortliche Rolle im Rehabilitationsprozess können Menschen natürlich bloss dann übernehmen, wenn sie über entsprechende Voraussetzungen in Form ausreichender Ressourcen im Sinne Hobfolls (1998) bezüglich ihrer Rehabilitation verfügen (vgl. z.B. Buschnagel-Steinhage 1993; Petermann & Koch, 1998; Hafen et al., 2000). Indem sich allerdings Personen, die sich zum Bezug von IV-Leistungen bei einer Invalidenversicherungsstelle angemeldet haben, dem klar definierten *Verfahren* unterwerfen, unterwerfen sie sich gleichzeitig einem *Lernprozess*, der letztendlich zur Anerkennung der Entscheidung der IV-Stelle als Prämisse ihres zukünftigen Handelns führt. Als '*Erfolg*' gilt demnach nicht die Überzeugung oder die Akzeptanz der Entscheidung, sondern lediglich die erfolgreiche Durchführung des institutionalisierten, durch die unbeteiligte Öffentlichkeit als fair und korrekt betrachteten Abklärungsverfahrens (Luhmann, 1969, S. 193).

Die Akzeptanz als '*Lernerfolg*', der üblicherweise am Ende eines Lernprozesses steht, kommt bei Luhmann (1969, S. 111) nur durch ein Enttäuschungserlebnis zustande. Dadurch generiert sich wahrscheinlich auch das negative Bild, das sich (nicht nur) versicherte Personen über die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Schweizerischen Invalidenversicherung machen. Ob sich durch dieses 'Lernen durch Enttäuschung' allerdings gleichzeitig das Ausmass der subjektiv erlebten Belastung erhöht, ist eine ungeklärte Frage - jedenfalls drängt sich dieser Gedanke angesichts der Alltagserfahrungen des Autors an einer IV-Stelle sicherlich auf. So betrachtet überzeugt Legitimation durch Verfahren die betroffene versicherte Person nicht, sondern macht sie angesichts der öffentlichen Akzeptanz des formalen Verfahrens vielmehr wehrlos. Gefühle der Unzulänglichkeit eigener Ressourcen und Hilflosigkeit gegenüber der Entscheidung der Invalidenversicherung machen sich breit und lähmen das Ausmass an Eigeninitiative der betroffenen Person hinsichtlich ihrer erwerblichen Wiedereingliederung, womit erneut ein Teufelskreis entsteht - für die IV-Stelle wird ein neuer 'Versicherungsfall' mit einer durch unterschiedliche medizinische Fachpersonen diagnostizierte Mehrfachdiagnose generiert: Wo zuvor 'lediglich' massive Rückenbeschwerden zur Beanspruchung von IV-Leistungen führten, ist es zum heutigen Zeitpunkt möglicherweise eine Komplexdiagnose von Rückenbeschwerden, anhaltender somatoformer Schmerzstörung und schwerwiegender depressiver Symptomatik (vgl. dazu die Ergebnisse der Studie von Grobe, Dörning & Schwartz, 1999, die ergab, dass die erhöhte Krankheitshäufigkeit unter Erwerbslosen in erster Linie durch ein verstärktes Auftreten psychischer Störungen bedingt ist - und nicht durch körperliche Erkrankungen!). Möglicherweise nicht gänzlich unberechtigt kann deshalb die Frage aufgeworfen werden, ob sich ein Rehabilitationsrecht, das von der Forderung nach Plausibilität der Entscheidung abgeht und die rein faktische, motiv- und überzeugungslose Hinnahme der Entscheidung durch die betroffene versicherte Person zum Ziel des Prozesses macht, nicht selbst diskreditiert.

Die obigen Ausführungen legen die Vermutung nahe, dass es sich beim erwerblichen Rehabilitationssystem um ein im Sinne von Maturana und Varela (1987) *autopoietisches* - und im Unterschied zum biologischen - *sinnverarbeitendes, soziales System* handelt, das organisationell in sich geschlossen und in dieser Hinsicht auch unabhängig von den darin agierenden Personen existiert, d.h. autonom ist. Denn während biologische Systeme aus Bewusstseinsereignissen bestehen, sind Elemente sozialer Systeme stets Kommunikation. Dies hat weitreichende Konsequenzen:

"Die erste und wichtigste Konsequenz lautet: Zwischen Individuum und sozialem System gibt es keine Kommunikation. Kein Mensch kann mit der Gesellschaft kommunizieren. Alle Kommunikation ist ein Vorgang in der Gesellschaft. Das gilt auch für Interaktionen unter Anwesenden. Was immer als Kommunikation läuft, dient der Autopoiesis dieses Interaktionssystems, ist Vollzug der sozialen Reproduktion, muss an vorherige Kommunikation anschliessen und weitere Kommunikation offenhalten. In der Mitwirkung an solcher Kommunikation konstituieren Menschen sich als Personen, das heisst als Adressen für weitere Kommunikation" (Luhmann, 1988, S. 42).

Angeichts dieser *potentiellen Selbstdiskreditierung* stellt sich allerdings die Frage, welche *Absicht* damit verbunden ist, ein derartig definiertes Rehabilitationsrecht in der heute geltenden Form noch weiterhin aufrecht zu erhalten - oder anders herum gefragt: Sind Erklärungen dazu möglich, weshalb diese *Kluft zwischen dem Wissen um die Wiedereingliederungsproblematik und dem Handeln hinsichtlich einer Veränderung des derzeitigen Rehabilitationsrechts* weiterhin besteht? Eine mögliche Begründung hierfür wurde bereits oben zur Frage der 'Legitimation durch Verfahren' dargelegt. Zink (2000, S. 102) spricht in diesem Zusammenhang davon, dass soziale Systeme heutzutage mit Situationen konfrontiert werden, die "durch diskontinuierliche Veränderungen, Intransparenz und eine zunehmende Komplexität und Dynamik geprägt" sind (S. 102). Das Bemerkenswerte an dieser Aussage ist dabei die implizit dargestellte Dynamik zwischen und die gegenseitige Abhängigkeit von *Intransparenz* und *Komplexität der Umwelt*. Oder: Wie weit ist jedoch eine betroffene Person bereit, eine Entscheidung der Verantwortlichen einer IV-Stelle zu akzeptieren, d.h. ihrem Urteil vollständig zu vertrauen?

Die Erhaltung des sozialen Systems ‚Rehabilitationsrecht‘ erfordert *Reduzierung von Komplexität* (Luhmann, 1984; S. 45; vgl. auch Kneer & Nassehi 1993; S. 40ff.). Dabei meint Komplexität zunächst die Gesamtheit der möglichen Ereignisse und Zustände. Theoretisch wäre die Zahl der Kommunikationsereignisse in jeder Situation unbegrenzt: Auf eine Äusserung einer Fachperson für Berufs- und Laufbahnberatung „Was erwarten Sie von der Invalidenversicherung?“ könnte eine Klientin ihren Wunsch nach einer ihren körperlichen Fähigkeiten angepassten Arbeitsstelle kundtun, eine unverbindliche oder verbindliche Beratung hinsichtlich ihren Umschulungsmöglichkeiten wünschen, ihren Rentenanspruch geltend machen usw. Eine solche Komplexität aber führt notwendigerweise zu *Selektionszwang*. D.h. es sind nur exakt definierte Verbindungen von Kommunikationsereignissen in einem sozialen System zugelassen: So grenzt sich die Schweizerische Invalidenversicherung durch ihre Definition von 'Invalidität' hinsichtlich ihrer Leistungen zur erwerblichen Rehabilitation beispielsweise klar von der Arbeitslosenversicherung und ihrer Definition von Arbeitslosigkeit und ihren diesbezüglicher Unterstützung zur beruflichen Reintegration ab. Auch ist es in diesem Kontext doch eher unwahrscheinlich, dass eine Klientin verbal ihren Wunsch um Finanzierung ihres Drogenkonsums durch die Invalidenversicherung zum Ausdruck bringt (obwohl der Autor diese Erfahrung bereits machen durfte), es ist vielmehr wahrscheinlich, dass die Klientin wegen einer subjektiv empfundenen und durch eine Fachperson festgestellte eingeschränkte Erwerbsfähigkeit finanzielle Leistungen der Invalidenversicherung beansprucht. Das heisst weiterhin, dass jede obligatorisch versicherte Person durch den definierten Leistungsbereich des Rehabilitationsrechts das *Risiko* eingehen muss, durch die Reduktion der Komplexität bezüglich möglicher Leistungsansprüche

- (a) einerseits *keinen Leistungsanspruch* hinsichtlich seines geltend gemachten Gesundheitsschadens zu haben - beispielsweise dann, wenn die verantwortlichen

Personen einer IV-Stelle im Rahmen ihrer Abklärungen der Eingliederungsmöglichkeiten zum Schluss kommen, dass der versicherten Person auf dem Hintergrund der Annahme eines 'Ausgeglichene Arbeitsmarktes' eine leichte, 'wechselbelastende' Erwerbstätigkeit vollumfänglich zumutbar ist - und zwar auch ohne eigentliche Umschulung in eine Alternativerwerbstätigkeit,

- (b) andererseits die diesbezügliche *Begründung für den Entscheid* für die ihren Anspruch geltend machende Person *intransparent und damit nicht nachvollziehbar* bleibt - so beispielsweise dann, wenn lediglich - wie es üblicherweise der Fall ist - auf die 'objektiven' Befunde kompetenter Fachpersonen aufmerksam gemacht wird.

Intransparenz kann deshalb als Folge einer zunehmenden Reduktion der Komplexität betrachtet werden: Mit zunehmender Intransparenz des Abklärungs- und Entscheidungsverfahrens der Invalidenversicherung steigt implizit die Erwartung, die formale Entscheidung der Verantwortlichen einer IV-Stelle im Rahmen eines nicht quantifizierten Risikoausmasses bezüglich einer Fehlentscheidung nahezu 'ohnmächtig' zu akzeptieren - letztlich eben auf der Grundlage eines *institutionalisierten Risikos* die Legitimität des Verfahrens anzuerkennen.

Rousseau, Sitkin, Burt & Camerer (1998) sprechen im Zusammenhang von ‚Risiko‘ als einer von zwei notwendigen Bedingungen von *institutionellem Vertrauen* als Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität (vgl. auch Luhmann, 1973): *Risiko* als die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit von Verlusten schafft Möglichkeiten für institutionelles Vertrauen und verschafft umgekehrt gleichzeitig eine Bereitschaft, Risiken einzugehen. Vertrauen – im Rahmen der Organisationswissenschaften und insbesondere in der Transaktionsökonomie definiert als „the reliability of a person or system, regarding a given set of outcomes or events, where that confidence expresses faith in the probity or love of another, or in the correctness of abstract principles (technical knowledge)“ (Giddens (1990, S. 34) – ist überflüssig, wenn Handeln unter vollständiger Sicherheit möglich wäre. Diese Bedingung wird mit der ‚Legitimation durch Verfahren‘ erfüllt. Allerdings binden Rousseau et al. (1998) eine weitere Bedingung für die Schaffung von ‚Vertrauen‘ – nämlich *Interdependenz* zur Schaffung von Transparenz: Interessen und Ziele eines Akteurs (Rehabilitationsrecht und leistungsbeanspruchende Person) sind *ausschliesslich* in Abhängigkeit vom anderen Akteur zu erreichen - eine Bedingung, die durch die heutige Rehabilitationsgesetzgebung nur schwerlich erfüllt wird und deshalb im Sinne einer *Chance* zur evolutionären Weiterentwicklung als Desiderat gilt.

Grundsätzlich scheint nach Rousseau et al. (1998) Übereinstimmung darin zu bestehen, dass zumindest Vertrauen in Organisationen (in diesem Fall gilt dies auch gegenüber dem erwerblichen Rehabilitationssystem) ein psychologischer Zustand ist, der eine *Bereitschaft zur Verletzbarkeit unter Bedingungen von Risiko und Interdependenz* darstellt. Und beides – sowohl Risiko als auch Interdependenz – dürfte vor allem in modernen vernetzten sozialen Systemen wie das Rehabilitationsrecht unverzichtbar sein, da diese sozialen Systeme zur Wahrung von Dynamik und Anpassungsfähigkeit als immanente Kerneigenschaften mehr oder weniger auf explizite Absicherungen verzichten müssen. Wir können davon ausgehen, dass Vertrauen eine zentrale Variable für den Aufbau und für die Stabilität von leistungsbereitem und erfolgreichem Handeln, von Kooperation und Kommunikation in sozialen Systemen wie das Rehabilitationsrecht darstellt (z.B. Bierhoff, 1995; Jones & George, 1998) und dass bei einem Mangel an Vertrauen für die inner- und interorganisationale Kooperation eine hohe Wahrscheinlichkeit des Scheiterns besteht (z.B. Currall & Judge, 1995; Das & Teng, 1998).



Das Rehabilitationsrecht bezieht sich im Prozess der Aufrechterhaltung seiner Organisation allerdings ausdrücklich auf sich selbst (Selbstreferentialität) und scheint daher auf den ersten Blick als nicht veränderbar und deshalb als konservativ. Dies ist allerdings so nicht korrekt: Nach Kaiser (1994, S. 265) sind autopoietische Systeme, wie eben das Rehabilitationsrecht, *nichtreaktiv*, das heisst, die Umwelt, in dem sich dieses autopoietische System bewegt, so beispielsweise die darin agierenden Personen oder sämtliche Personen, die in irgend einer Form mit diesem System in Verbindung treten, kann die Zustandsveränderungen in der Struktur nicht steuern, sondern lediglich *anregen*. Das heisst nun, das System bezieht nichts Vorgefertigtes aus der Umwelt, sondern es schafft sich durch systeminterne Unterscheidungen eine spezifische Umweltsensibilität. Reagiert nun das Rehabilitationsrecht empfindsam auf 'Signale' der Umwelt, können diese Veränderungen ein 'Signal' im System des Rehabilitationsrechts selbst bewirken - es verändert seine Struktur - es *lernt*. Dieser Tatbestand hat für das Verständnis einer Institution wie das Rehabilitationsrecht und für die methodische Ausgestaltung von Veränderungsprozessen im Sinne einer Weiterentwicklung äusserst weit reichende Konsequenzen. Denn es betont, dass eine Institution bzw. eine Organisation als 'operativ geschlossenes System' nicht von aussen - beispielsweise durch eine Fachperson für Organisationsberatung - zur Veränderung hin gesteuert werden kann, sondern, dass die beratende Person lediglich Impulse geben kann, die das System aufnimmt - oder auch nicht. Letztlich entscheidend für Veränderung ist stets die Tatsache, wie sich das System - seiner Eigenlogik folgend - organisieren wird. Auf den Punkt bringen es Maturana & Varela:

"Bei der Interaktion zwischen dem (System ‚Rehabilitationsrecht‘) und der Umgebung ... determinieren die Perturbationen der Umgebung nicht, was dem (System ‚Rehabilitationsrecht‘) geschieht; es ist vielmehr die Struktur des (Systems ‚Rehabilitationsrecht‘), die determiniert, zu welchem Wandel es infolge der Perturbation in ihm kommt. Eine solche Interaktion schreibt deshalb ihre Effekte nicht vor. Sie determiniert nicht und ist nicht instruierend, weshalb wir davon sprechen, dass eine Wirkung 'ausgelöst' wird. Wir wollen damit darauf hinweisen, dass der Wandel, der aus den Interaktionen zwischen dem (System ‚Rehabilitationsrecht‘) und seiner Umgebung resultiert, zwar von dem perturbierenden Agens hervorgerufen wird, aber von der Struktur des perturbierten Systems determiniert wird." (Maturana & Varela, 1987; S. 106; Klammerbemerken durch den Verf.).

Die Erhaltung der Autopoiesie ist offensichtlich eine notwendige Bedingung für die weitere Existenz des Rehabilitationsrechts. Nach Maturana & Varela (1987, S. 114.) kann deshalb jede Strukturveränderung des Rechtssystems stets als ein „Driften“ bezeichnet werden, das mit dem Driften der Umwelt übereinstimmt. Ein derartiges ‚*Driften*‘ kann - ähnlich dem evolutionären Wandel der Lebewesen (vgl. Maturana & Varela, 1987, S. 115) - durch eine ständige *Perturbation eines potentiell inerten Systems* wie die ‚Invalidenversicherungsgesetzgebung‘ geschehen. Dies ist um so wichtiger, als dass sich durch diese Perturbationen, von Luhmann (1985, S. 508) als ‚*Widersprüche*‘ bezeichnet, die Autopoiesis fortsetzt. So erklärt Luhmann (1985), der Widerspruch

„... zerstört für einen Augenblick die Gesamtrepräsentation des Systems: geordnete, reduzierte Komplexität zu sein. Für einen Augenblick ist dann unbestimmte Komplexität wiederhergestellt, ist alles möglich. Aber zugleich hat der Widerspruch genug Form, um die Anschlussfähigkeit des kommunikativen Prozessierens von Sinn doch noch zu garantieren“ (Luhmann, 1985, S. 508).



In diesem Sinne kann als Desiderat der evolutionären Weiterentwicklung des erwerblichen Rehabilitationssystems die Fähigkeit bezeichnet werden, sich *fortwährend hinsichtlich eines "selektiv adaptiven Masses an Veränderung" entscheiden zu müssen*, wobei 'selektiv adaptiv' verstanden wird als wohldosiertes Mass zwischen Reduktion der Komplexität und Transparenz des Prozesses der Entscheidungsfindung, und zwar als Ausdruck dafür, wie hoch die Risikobereitschaft besteht, Unsicherheit zu akzeptieren. Auf der Grundlage dieser Prämisse ist es nun möglich, einen bedeutsamen Punkt der Darstellung der Schweizerischen Invalidengesetzgebung hinsichtlich der postulierten Geschlechtsneutralität des erwerblichen Rehabilitationsrechts zu betrachten, nämlich dass die schweizerischen Rechtsquellen zur erwerblichen Rehabilitation trotz geschlechtsneutraler Formulierung von traditionellen Geschlechterrollen und vom Versorgerprinzip ausgehen, weshalb Männer als (vollständig) erwerbstätig und Familienernährer gelten – dementsprechend müssen sie bei einem erwerbsmässig relevanten Gesundheitsschaden erneut (vollständig) integriert werden -, während in Teilzeit (oder nicht) erwerbstätige Frauen als Ehefrauen und Mütter betrachtet werden, die zusätzliche Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich erfüllen müssen. Da der häusliche Aufgabenbereich als nicht-monetärer Bereich gilt, wird er zur Bestimmung des mutmasslichen monetären Defizites – als Folge des Gesundheitsschadens – nicht berücksichtigt.

Bemühungen zur erwerblichen Rehabilitation werden erst zu dem Zeitpunkt in die Wege geleitet, wenn die im Rahmen der heute geltenden Invalidengesetzgebung festgelegte ‚20-Prozent-Hürde‘ (Mindestmass an monetärem Verlust durch den Gesundheitsschaden, damit eine versicherte Person überhaupt Anspruch auf erwerbliche Rehabilitationsmassnahmen hat) überschritten wird. Diese Voraussetzung ist für in Teilzeit erwerbstätige Frauen mit zusätzlichen Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich angesichts der unterschiedlichen Prüfung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zwischen in Vollzeit und in Teilzeit erwerbstätiger Personen schwierig zu erfüllen: Ist eine Frau aufgrund eines Gesundheitsschadens in ihrer Arbeitsfähigkeit in einem höheren Ausmass als 20 % eingeschränkt, so heisst dies noch lange nicht, dass sie diese ‚20-Prozent-Hürde‘ auch unter Berücksichtigung des häuslichen Aufgabenbereichs ‚überspringt‘. Andererseits gehören teilzeiterwerbstätige Frauen überproportional häufig zu Bezügerinnen *tiefer Löhne*. Das Einkommen, das sie durch eine alternative, dem derzeitigen gesundheitlichen Zustand angepasste Erwerbstätigkeit weicht oft nicht signifikant stark von dem bereits vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielten Einkommen ab: So werden ‚kleinere‘ Einkommenseinbussen (bis 39,9 %) als durchaus zumutbar erachtet, weshalb der Anspruch hinsichtlich einer Umschulung in eine alternative Erwerbstätigkeit durch die Schweizerische Invalidenversicherung abgelehnt wird. Welche Tätigkeit im übrigen als geeignet und gleichzeitig zumutbar erachtet wird, ist die Frage nach dem *Inhalt* des erwerblichen Rehabilitationsziels, welche faktisch von individuellen Werturteilen und dem Ermessen der Verantwortlichen einer IV-Stelle abhängig ist.

Gleichzeitig wurden als zusätzliche Problematik der erwerblichen Rehabilitation von in Teilzeit erwerbstätiger Frauen – und auch eng zusammenhängend mit den diskrepanten Definitionen einer ‚erfolgreichen erwerblichen Rehabilitation‘ zwischen Invalidengesetzgebung und versicherter Person – im Falle eines tatsächlichen Umschulungsprojektes durch die Invalidenversicherung neben den oben diskutierten Einschränkungen nicht vorgesehene, d.h. fehlende ausserhäusliche Betreuungsmöglichkeiten und ein eingeschränktes Angebot an (wohnortsnahen) Teilzeitausbildungsmöglichkeiten bzw. Teilzeiterwerbsstellen identifiziert. Es ist allerdings nicht nachvollziehbar, weshalb teilzeiterwerbstätige Frauen mit zusätzlichen Aufgaben im häuslichen Bereich wegen diesen –

letztlich monetär bedingten – mehrfachen Beschränkungen mit zusätzlichen Schwierigkeiten während ihres Rehabilitationsprozesses konfrontiert werden müssen.

Vielmehr ist im Sinne der Gleichbehandlung offensichtlich, dass teilzeiterwerbstätige Personen mit gleichen Massstäben wie in Vollzeit erwerbstätige Personen gemessen werden. Die Abklärung der erwerblichen Wiedereingliederungsmöglichkeiten muss deshalb unabhängig von diesen Beschränkungen durchgeführt werden können. Dass dies möglich ist, zeigt das deutsche Pendant zum schweizerischen Rehabilitationsrecht, wo im Sozialgesetzbuch IX (Art. 19 Abs. 2) ausdrücklich die Möglichkeit der Erbringung von Leistungen der Teilhabe am Erwerbsleben in ambulanter, stationärer oder betrieblicher Form und gegebenenfalls unter Einbezug Familien entlastender und unterstützender Dienste erwähnt wird. Diese Vorgabe kommt der immer stärker werdenden Bedeutung einer *Flexibilisierung* der erwerblichen Rehabilitation nach, indem deutlich gemacht wird, dass - entsprechend dem in Art 9 Abs. 3 des Sozialgesetzbuches IX festgelegten Anspruch behinderter Menschen auf selbstbestimmte und eigenverantwortliche Gestaltung ihrer Lebensumstände - unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände und der Wirksamkeit ambulante und bei Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben betriebliche Leistungen oder teilstationäre Leistungen in wohnortsnahen Einrichtungen zu bevorzugen sind. Dadurch erhalten gerade Frauen oftmals den Zugang zu den Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zu Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben; denn die deutliche Unterpräsenz von Frauen gerade bei diesen Leistungen ist in erster Linie auf ihre Doppelbelastung zurückzuführen.

Weil wohnortsnah Angebote fehlen und eine wohnortsferne Internatsunterbringung für viele behinderte Frauen wegen der damit verbundenen familiären Belastungen ausscheidet, wurde in der Vergangenheit häufig auf notwendige Leistungen verzichtet. Andererseits wäre eine strikte Festlegung eines Grundsatzes 'ambulant vor stationär' im Einzelfall zu unflexibel. Massgebend kann allein die Wirksamkeit der erwerblichen Rehabilitationsleistungen sein, die auch durch persönliche Umstände beeinflusst werden kann. Deshalb müssen bei der Entscheidung sämtliche Umstände des Einzelfalles berücksichtigt werden. Durch eine Einbeziehung beispielsweise Familien entlastender und unterstützender Dienste als auch in die Leistungen der Teilhabe am Erwerbsleben, wo immer dies sinnvoll ist, wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass die erwerbliche Integration in der Regel bio-psycho-sozial ausgerichtet sein muss. Art. 9 des Sozialgesetzbuches IX erwähnt weitere Leistungen zur Sicherung des Umschulungsprojektes einer in Teilzeit erwerbstätigen Frau mit zusätzlichen Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich, die für das erwerbliche Rehabilitationsrecht schweizerischer Couleur eine Möglichkeit der evolutionären Weiterentwicklung darstellen:

- (a) Es müssen geeignete Ausbildungsplätze – idealerweise in Wohnortsnähe – beispielsweise in Form von durch die Schweizerische Sozialversicherung getragene Umschulungsinstitutionen vorhanden sein;
- (b) soweit erforderlich, können im Einzelfall psychologische und pädagogische Hilfen geltend gemacht werden, um Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten;
- (c) die Betreuung der Kinder während der gesamten Umschulungszeit muss gewährleistet sein;
- (d) die Versorgung des gesamten Haushaltes soll während der gesamten Umschulungszeit gewährleistet sein;
- (e) eine intensive Stellenvermittlungstätigkeit durch die Organe der Invalidenversicherung selber oder durch beauftragte Stellenvermittlungsfirmen („Out-Sourcing“).

Dass eine derartige *evolutionäre Weiterentwicklung* durchaus im Bereich des Möglichen liegt, beweist ein kürzlich vom Bundesgericht gefälltes Urteil betreffend der Kostenübernahme für ein Motorfahrzeug für eine im häuslichen Aufgabenbereich tätige Bezügerin einer vollen Invalidenrente. Die Mitfinanzierung von Motorfahrzeugen durch die Invalidenversicherung ist nach den gesetzlichen Bestimmungen lediglich in dem Fall gewährleistet, wenn damit voraussichtlich die Ausübung einer dauernden existenzsichernden Erwerbstätigkeit verbunden und zur Überwindung des Arbeitsweges ein persönliches Motorfahrzeug notwendig ist ('Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung' KHIM, Randziffer Rz 10). Diese Voraussetzung traf bisher lediglich für Erwerbstätige mit einem Lohnanspruch zu. Das Schweizerische Bundesgericht hat allerdings erst kürzlich diese Bestimmung auch auf Frauen, die im häuslichen Aufgabenbereich tätig sind und die behinderungsbedingt in einem 'beachtlichen Ausmass' zur Bewältigung ihres Alltags auf die Benutzung eines Motorfahrzeuges angewiesen sind, ausgedehnt - womit in diesem Fall eine Gleichstellung des häuslichen Aufgabenbereichs mit der Erwerbstätigkeit erfolgt ist (Boltshauser, 2003, S. 30).

Einen weiteren *Ansatzpunkt* der Gleichstellung des häuslichen Aufgabenbereichs mit der Erwerbstätigkeit im Sinne einer *evolutionären Weiterentwicklung* des erwerblichen Rehabilitationssystems sieht der Autor im in Kapitel 3.3. problematisierten *Verfahren zur Identifikation des Invaliditätsgrades* von in Teilzeit erwerbstätigen Frauen mit zusätzlichen Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass das bisher übliche formale Identifikationsverfahren im Unterschied zum Identifikationsverfahren, das bei in Vollzeit erwerbstätigen Personen verwendet wird, keine monetäre Gewichtung der einzelnen Tätigkeitsfelder im häuslichen Aufgabenbereich vorgenommen wird. Vielmehr wird auf sieben unterschiedliche Tätigkeitsfelder im häuslichen Aufgabenbereich eingegangen, wobei die Einschränkungen in den jeweiligen Tätigkeitsfeldern prozentual zum hypothetisch bestimmten Invaliditätsgrad beitragen ('Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung' KSIH, Randziffer Rz 3095).

Eine monetäre Gewichtung der einzelnen Tätigkeiten erfolgt nun gerade wegen der fehlenden 'Lukrativität' dieser einzelnen Tätigkeiten im häuslichen Aufgabenbereich nicht. Diese Vorgehensweise schliesst wie selbstverständlich – unter Hinweis auf die 'Schadenmilderungspflicht' der Frau (KSIH Rz 3098) – unterstützende Tätigkeiten der übrigen Familienmitglieder ein, weshalb der prozentuale Beschränkungsgrad letztendlich geringer ausfällt (hilft beispielsweise ein Familienmitglied bei der wöchentlichen Reinigung der Wohnung, da die versicherte Person wegen ihren Beschwerden diese Tätigkeit nicht mehr alleine erledigen kann, so kann sich der Beschränkungsgrad im Haushalt dramatisch vermindern). Als versicherte Lohnsumme gilt letztlich ausschliesslich diejenige Jahreslohnsumme, die die versicherte Person im Rahmen ihrer lukrativen Erwerbstätigkeit im Teilzeitverhältnis erzielt.

Folgendes Vergleichsbeispiel soll das vorgeschlagene Vorgehen verdeutlichen:

(a) Herkömmliche Vergleichsmethode:

(a) Vorannahmen	Erklärung
(1) Erwerbspensum in einer atypischen Beschäftigungsform	40 % fiktive Annahme
(2) wöchentliche Arbeitszeit im häuslichen Aufgabenbereich	30 Std. fiktive Annahme

<b>(b) Berechnung der jeweiligen Anteile</b>		
(1) Erwerbspensum in einer atypischen Beschäftigungsform	40 %	Der Anteil der Hausarbeit wird mit 60 % festgesetzt, entsprechend dem Unterschied zwischen ihrem Teilzeitpensum und der 100 % igen Beschäftigung in diesem Bereich
(2) wöchentliche Arbeitszeit im häuslichen Aufgabenbereich	60 %	
<b>(c) Berechnung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich</b>		
(1) Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich	0 %	fiktive Annahme bei medizinischer Beurteilung der Zumutbarkeit bzw. erfolgreicher Umschulung
(2) Gewichtung entsprechend einer Teilzeittätigkeit von 40 %	0 %	0 % von 40 = 0 %
<b>(d) Berechnung des Invaliditätsgrades im häuslichen Aufgabenbereich</b>		
(1) Invaliditätsgrad im häuslichen Aufgabenbereich	50 %	fiktive Annahme, geltend für eine 100 % ige Tätigkeit im häuslichen Aufgabenbereich
(3) Gewichtung entsprechend eines Arbeitspensums von 60 %	30 %	50 % von 60 = 30 %
<b>(e) Berechnung der Gesamtinvalidität</b>		
0 % + 30 %	30 %	keine Rentenleistungen durch die Invalidenversicherung

Abbildung 7.1.: Herkömmliche Berechnung des Invaliditätsgrades im häuslichen Aufgabenbereich nach Invalidengesetzgebung

Die Invalidengesetzgebung verfährt mit selbständig erwerbenden Personen, von denen ebenfalls *keine eindeutigen Zahlen* bezüglich ihrer lukrativen Erwerbstätigkeit vorhanden sind, beispielsweise weil sie keine Geschäftsbuchhaltung führen, anders: Hier wird auf das Verfahren der *„ausserordentlichen Bemessung“* zurückgegriffen (KSIH Rz 3112 und Rz 3113). Im Rahmen dieses Bemessungsverfahrens wird eine Fachperson – an der IV-Stelle Graubünden ist es die Fachperson für IV-Berufs- und Laufbahnberatung – beauftragt, eine *„Abklärung an Ort und Stelle“* durchzuführen und detailliert sämtliche Aufgaben während der Erwerbsarbeit aufzulisten, welchen im Nachhinein ein hypothetischer monetärer Wert (derjenige Wert, den die Versicherte Person mit dieser Tätigkeit erzielen könnte, würde sie diese auf dem freien Arbeitsmarkt als Arbeitnehmerin anbieten – zugeschrieben wird). Gleichzeitig wird kostenlosen Hilfestellungen Dritter (die Ehefrau erledigt beispielsweise die anliegenden administrativen Aufgaben, ohne einen entsprechenden Lohn zu erhalten) ein monetärer Wert zugeschrieben, der vom *„eigentlichen“* Gewinn der selbständig erwerbenden Person *„abgeht“* und deshalb zum mutmasslichen Valideneinkommen addiert werden muss.

Erstaunlicherweise deckt sich dieses Verfahren vollständig mit demjenigen der Haushaltsabklärung – mit der Ausnahme allerdings, dass im Rahmen der ‚Abklärung an Ort und Stelle‘ im Haushalt den jeweiligen Haushaltstätigkeiten keine monetären Werte zugeschrieben werden und Hilfestellungen von Drittpersonen, z.B. Ehemann, Schwiegereltern oder Nachbarschaftshilfe – da ja ‚selbstverständlich‘ – nicht berücksichtigt werden). Es ist jedoch – ausser, dass es sich bei den Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich um nicht-lukrative Tätigkeiten handelt – nicht einsehbar, weshalb der Invaliditätsgrad im Rahmen des häuslichen Aufgabenbereiches anders ermittelt werden soll. Denn auch bei einer Abklärung der Erwerbsverhältnisse eines selbständig Erwerbenden wird ein *hypothetisches Einkommen bei vollständiger Gesundheit* (= Valideneinkommen) und ein *hypothetisches Einkommen unter Berücksichtigung der derzeitigen gesundheitlichen Lage* (= Invalideneinkommen) ermittelt – auch wenn die selbständig erwerbende Person faktisch niemals ein derart hohes hypothetisches Erwerbseinkommen erzielt hat.

Der Autor der vorliegenden Studie schlägt deshalb vor, das Verfahren, das im Rahmen einer ‚ausserordentlichen Bemessung‘ eine selbständig Erwerbenden durchgeführt wird, identisch in Bezug auf die täglichen Tätigkeiten einer in Teilzeit erwerbstätigen Frau mit Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich anzuwenden. Dies könnte folgendermassen aussehen:

(b) Verfahrensvorschlag:

Tätigkeitsinventar	Ausmass		Wert bei 100 % iger Erwerbstätigkeit (LSE-2000, aufindexiert)	monetärer Wert prozentual	
	vor Eintritt des Gesundheitsschaden	nach Eintritt		vor Eintritt des Gesundheitsschadens	nach Eintritt
<b>(1) Tätigkeit im häuslichen Aufgabenbereich</b>					
- Haushaltsführung	5 %	5 %	Fr. 46 709.--	Fr. 2 335.--	Fr. 2 335.--
- Ernährung	20 %	15 %	Fr. 54 540.--	Fr. 10 908.--	Fr. 8 181.--
- Wohnungspflege	10 %	5 %	Fr. 60 457.--	Fr. 6 046.--	Fr. 3 023.--
- Einkauf und weitere Besorgungen	5 %	2 %	Fr. 52 614.--	Fr. 2 631.--	Fr. 1 052.--
- Wäsche, Kleiderpflege	5 %	5 %	Fr. 49 849.--	Fr. 2 492.--	Fr. 2 492.--
- Betreuung von Kindern oder anderen Familien- angehörigen	10 %	8 %	Fr. 62 121.--	Fr. 6 212.--	Fr. 4 970.--
- Verschiedenes (z.B. Garten, Krankenpflege)	5 %	0 %	Fr. 49 849.--	Fr. 2 492.--	Fr. ---
<b>(2) Tätigkeit im Teilzeitverhältnis</b>					
- Fachverkäuferin für Fleischwaren	40 %	0 %	Fr. 46 709.--	Fr. 18 684.--	Fr. ---
- Tätigkeit nach erfolgter Umschulung zur Büro- gehilfin (Einarbeitung)		40 %	Fr. 38 891.--		Fr. 15 556.--
<b>Insgesamt</b>	<b>100 %</b>	<b>80 %</b>		<b>Fr. 51 800.--</b>	<b>Fr. 37 609.--</b>



#### Zusammenfassung der mutmasslichen Einkommensverhältnisse:

- Valideneinkommen:	Fr. 51 800.—/Jahr
- Mutmassliches Einkommen nach Eintritt des IV-relevanten Gesundheitsschadens	Fr. 37 609.--/Jahr
- Einkommenseinbusse	Fr. 14 191.--/Jahr (27 %)

Berechnungsmodus: Lohnangaben auf der Grundlage der ‚Landesstrukturerhebung (LSE) 2000; jeweils Jahreslohnsomme; Rubrik ‚Frauen‘ bzw. ‚Männer‘ beim Ehemann; Anforderungsniveau 3 (Berufskennnisse vorhanden); aufindexiert auf das Jahr 2002 mit dem Faktor 2.4 (2001) und 1.8 (2002) (Angaben des Bundesamtes für Statistik BfS, jeweils abgedruckt in der Monatszeitschrift ‚Volkswirtschaft‘)

#### Abbildung 7.2.: Ermittlung der mutmasslichen Einkommensverhältnisse – Vorschlag zur Durchführung

Ausgehend von der Identifikation der hypothetischen Einkommensverhältnisse ist – auf der Grundlage des ‚ausserordentlichen Bemessungsverfahrens, das bei der Abklärung selbständig erwerbender versicherter Personen verwendet wird – ergibt sich im Unterschied ein geringeres Ausmass an Invalidität. Durch dieses modifizierte Verfahren scheint dem Autor eine wirklichkeitsnähere Ermittlung des Invaliditätsausmasses geschaffen worden zu sein. Der Unterschied zwischen Validen- und Invalideneinkommen gilt als ‚Cut-Off‘-Mass zur Beurteilung der Anspruchsberechtigung (< 20 % = kein Anspruch; > 20 % = Anspruch auf erwerbliche Rehabilitationsleistungen; > 40 % = Prüfung der Berentungsberechtigung). Das Valideneinkommen gibt gleichzeitig annähernd die Höchstgrenze für den nach erfolgter Umschulungsmassnahme erzielbaren Jahreslohn an.

Das mutmassliche Einkommen nach erfolgter erwerblicher Rehabilitationsmassnahme (= Invalideneinkommen, unter erneuter Berücksichtigung des hypothetischen Einkommens im häuslichen Aufgabenbereich) wird in Bezug gesetzt zum erwähnten Valideneinkommen, um den Invaliditätsgrad zu bestimmen (vgl. eingehend das dritte Kapitel). Vergleicht man nun das Ergebnis des neuen Vorgehens mit dem bis zum heutigen Zeitpunkt üblichen Vorgehen, so stellt man fest, dass mit dem neuen Verfahren eine klar monetäre Vergleichsbasis geschaffen wurde – was mit dem heutigen Verfahren lediglich prozentual möglich war. Die monetäre Basis schafft die Grundlage für die weitere Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen einer IV-Stelle, nämlich die Bestimmung einer der Behinderung angepassten Erwerbsmöglichkeit und letztlich die Prüfung der Rentenberechtigung.

## **7.2. Ergebnisse und Diskussion der empirisch-statistischen Studie zum Bewältigungsverhalten – Ansatzpunkte zur Evolution der Grundlagenforschung zur erwerblichen Rehabilitation**

Es wurden zwei Ziele angestrebt, einerseits über die Betrachtung einzelner Formen der Belastungsbewältigung von Frauen mit einer dualen Behinderung hinausgehend das relative Zueinander mehrerer unterschiedlicher arbeitspsychologisch relevanter Persönlichkeitsvariablen in Form von differentiellen Bewältigungs- bzw. Ressourcenprofilen – und letztlich zur Unterscheidung möglicher, von einander unterschiedlicher erwerblicher Rehabilitationstypen zu identifizieren (*Querschnittanalyse*). Dies geschah vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass effektive Belastungsbewältigung wesentlich durch die Breite und Ausgewogenheit der verfügbaren Ressourcen bestimmt wird. Im Rahmen einer homogenen Stichprobe von 93 erwerbsfähigen Frauen – ausgewählt nach den

Gesichtspunkten ‚Ähnlichkeit der physischen funktionellen Beeinträchtigung‘, ‚vollständige Erwerbsfähigkeit in einer der Behinderung angepassten Erwerbstätigkeit‘, ‚Alter‘ und ‚Ähnlichkeit der finanziellen Verhältnisse‘ –, die sich wegen eines Gesundheitsschadens bei der Schweizerischen Invalidenversicherung zum Bezug von Leistungen angemeldet hatten, wurden mittels clusteranalytischer Methoden Gruppen von Probandinnen diskriminiert, die durch differentielle Profile der Belastungsbewältigung gekennzeichnet sind. Im Ergebnis wurden drei differentielle Cluster identifiziert, die jeweils deutlich unterschiedliche Ressourcenprofile und damit drei unterschiedliche Rehabilitationstypen repräsentieren. Cluster I (N = 20), als ‚*strebsam-zufriedener Rehabilitationstyp*‘ bezeichnet, weist hohe Ausprägungen sowohl hinsichtlich des beruflichen Engagements und sowohl der beruflichen als auch der allgemeinen Lebenszufriedenheit auf. Auch unter gesundheitlichen Aspekten (z.B. Freizeit- und Gesundheitsverhalten, erlebte soziale Unterstützung) kann dieser Rehabilitationstypus als insgesamt seine Kräfte wohldosiert einsetzend charakterisiert werden. Das Bewältigungsprofil des Cluster II (N = 45) ist gekennzeichnet durch eine Abkehr vom beruflichen Engagement, gekoppelt mit einer generellen Unzufriedenheit sowohl im beruflichen als auch im Alltagserleben. Auch ausserberufliche Aktivitäten scheinen bei dieser Personengruppe keine besondere Rolle zu spielen. Sie wurde entsprechend als ‚*resignativ-unzufriedener Rehabilitationstyp*‘ charakterisiert. Trotz allem erlebt sich dieser Rehabilitationstyp als ausgesprochen stark sozial unterstützt. Das Gesamtbild ist weiterhin geprägt durch ein geringes Ausmass an Selbstvertrauen und Optimismus gegenüber alltäglichen Anforderungen. In Cluster III (N = 18) schliesslich dominieren distanzierende Verarbeitungsformen bei nur schwach ausgeprägter instrumenteller Bewältigung, weshalb dieses Cluster als ‚*angepasst-pflichtbewusster Rehabilitationstyp*‘ bezeichnet wurde: Dieser Typus scheint seine ‚lustbringenden‘ Aktivitäten insbesondere auf den Freizeit- und Gesundheitsbereich verlegt zu haben. Sowohl im beruflichen als auch Alltag fühlen sich Probandinnen dieses Typs allerdings lediglich mässig zufrieden.

Die drei Rehabilitationstypen liessen sich anhand der zur Clusterbildung herangezogenen Bewältigungsressourcen valide unterscheiden, und die Clusterzugehörigkeit konnte mit hoher Zuverlässigkeit durch die persönlichen Ressourcen vorher gesagt werden. Ferner war es möglich, signifikante Zusammenhänge zwischen der jeweiligen Zugehörigkeit zu den Rehabilitationstypen und dem subjektiven Belastungserleben, dem Ausmass der Erwerbstätigkeit und der Zufriedenheit mit dem Einkommen festzustellen. Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass die Clusteranalyse zu einer stabilen und inhaltlich validen Definition von drei Rehabilitationstypen mit differentiell unterschiedlichen Bewältigungsprofilen geführt hat.

Im Rahmen eines zweiten Studienteils in Form einer *Längsschnittanalyse* wurde untersucht, ob den jeweiligen differentiellen Rehabilitationstypen jeweils differentielle Bewältigungsprofile (Verlaufskurven im Rahmen von vier Messzeitpunkten  $t_1$  bis  $t_4$ ) zugeordnet werden können. Der Form nach wurden die drei Verlaufskurven auf der Grundlage des Konstruktes der ‚Handlungs- und Lageorientierung‘ sensu Kuhl (1994; 1997) beschrieben. Inhaltlich wurden beide Orientierungsformen durch das Konstrukt der ‚Bewältigungsversuche‘ operationalisiert, das der transaktionalen Stresstheorie sensu Lazarus (z.B. Lazarus & Launier, 1981) entlehnt wurde. Den jeweiligen Orientierungsformen wurde in theoretischer Hinsicht passende Bewältigungsversuche zugeordnet, deren Auszählung das Ausmass der Handlungs- bzw. der Lageorientierung anzeigen soll. Es war weiter möglich, inhaltlich spezifizierter sowohl auf die lageorientiert ausgerichteten als auch auf die handlungsorientiert ausgerichteten Bewältigungsversuche einzugehen.

Tatsächlich zeigte sich, dass der Verlauf einer Abklärung der erwerblichen Teilnahmemöglichkeiten abhängig ist von dem jeweiligen Bewältigungsprofil. So wurde beim *„strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyp“* ein während vier Messzeitpunkten durchgängig handlungsorientiert geprägter Rehabilitationsverlauf festgestellt. Das Ausmass der Handlungsorientierung überwiegte zu sämtlichen Messzeitpunkten  $t_1$  bis  $t_4$  das Ausmass der Lageorientierung. In der Präferenz einzelner Bewältigungsversuche hinsichtlich der beiden Orientierungsformen konnte kein Unterschied festgestellt werden. Tendenziell allerdings konnte beobachtet werden, dass der als *„handlungsbezogen-anforderungsbezogen“* charakterisierte Bewältigungsversuch (als Teil der Handlungsorientierung) öfters angewendet wurden als andere handlungsorientierte Bewältigungsversuche. Unter Belastung, d.h. wenn nach dem Einsatz von ausgewählten Ressourcen trotz allem Diskrepanzen zum erwünschten Zustand vorhanden ist, sollte - im Idealfall, d.h. wenn weitere zweckmässige bzw. belastungsadaequade Ressourcen zur Bewältigung des Problems abrufbar sind - eine weitere Diskrepanzwahrnehmung in den Hintergrund des Bewusstseins treten (Ressource *„Stressresistenz“*) – nur so können handlungsorientiert ausgerichtete Bewältigungsversuche nahezu unbeeinträchtigt handlungsleitend werden. Es werden also alle bislang erworbenen Ressourcen angewendet, die aufgrund der für den *„strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyp“* charakteristischen Ressourcenausprägungen für ein fortlaufend planvolles und gleichzeitig flexibles Verhalten notwendig sind. Bei sehr einseitiger Ausprägung – also bei nahezu fehlenden lageorientiert charakterisierten Bewältigungsversuchen – kann allerdings eine Art *„Pseudo-Nutzen“* entstehen, nämlich dann, wenn die vorhandenen Ressourcen zwar beständig eingesetzt werden, aber nur noch selten verändert, angepasst oder erweitert werden.

Die für diesen Rehabilitationstyp wahrscheinlich typische Dämpfung des Belastungserleben sollte allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass gleichzeitig eine hohe Sensibilität für potentielle Ressourcenverluste anzunehmen ist: Ohne diese Sensibilität für potentiell belastende Zustände wäre eine *„Herabregulierung“* nicht möglich. Empirische Bestätigung erhält diese Hypothese durch die Studie von Brunstein (2001), die zeigte, dass Erfolgsmotivierte zu Bildern, die klare Hinweise auf drohenden Misserfolg enthielten, überproportional häufig misserfolgsthematische Themen assoziierten (lageorientierte Bewältigungsversuche), im Verlaufe der zu diesen Bildern fantasierten Geschichten allerdings handlungsorientierte Bewältigungsversuche erkennen liessen. Zusammenfassend lässt sich damit die Erwartung ableiten, dass der *„strebsam-zufriedene Rehabilitationstyp“* durch ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen Spannung und Entspannung gekennzeichnet ist. Diese Phasen der Anspannens (lageorientiert charakterisierte Bewältigungsversuche) und der Loslösung (handlungsorientiert charakterisierte Bewältigungsversuche) bilden die Voraussetzung für die Fortentwicklung der Ressourcen der Person.

Der Rehabilitationsverlauf des *„resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstyps“* zeigte hingegen keine eigentliche Präferenz einer einzelnen Orientierungsform. Vielmehr wurde ein ständiger Wechsel zwischen handlungsorientiert und lageorientiert charakterisierten Bewältigungsversuchen festgestellt. Bei dieser sich subjektiv als hoch belastet empfindende Probandinnengruppe scheint das sonst adaptive Ressourcenpotential – wie er beim *„strebsam-zufriedenen Typ“* zu beobachten ist – zur Lernunfähigkeit degeneriert. Man kann vermuten, dass diese unklare Orientierungsform durch das Zusammentreffen von Kontrollverlust und kognitiver Ungewissheit ausgelöst wird. Dies muss nicht bedeuten, dass lageorientiert ausgerichtete Bewältigungsversuche allgemein zu geringerer Effizienz und Anpassung führt. Eine solche Annahme würde die Frage aufwerfen, wie ein so nachteiliger Zustand in der Evolution Bestand haben konnte. Es lassen sich Rahmenbedingungen denken, unter denen eine innere Ausrichtung, die auf die Realisierung eigener Ziele bezogen ist, unangemessen und sogar schädlich ist. In einer chaotischen Umwelt z.B. lassen sich keine zutreffenden

Voraussagen machen und ist ein planvolles Handeln nicht möglich. Aber auch dann, wenn das Verhalten vorwiegend durch äussere Vorgaben bestimmt wird – eine aufgezwungene IV-Berufs- und Laufbahnberatung im Sinne der Invalidengesetzgebung –, entstehen weniger Konflikte, wenn die Ausführung eigener Absichten gehemmt wird. Entscheidend für die Effizienz ihrer Bewältigungsbemühungen dürfte allerdings sein, wie gut es ihr gelingt, von dem lageorientierten Modus in den handlungsorientierten zu wechseln (Kuhl, 1994, S. 32).

Bei dieser unter der durch die ‚Zwangsinstitution Invalidenversicherung‘ geforderten gesteigerten Aktivität zur erwerblichen Reintegration kann für den ‚resignativ-unzufriedenen Rehabilitationstypus‘ wahrscheinlich wegen der potentiellen Bedrohung der noch vorhandenen Ressourcen eine gesteigerte Neigung zur Introjektion fremder Ziele – also Ziele, die von der Invalidenversicherung angestrebt werden – erwartet werden: Bedürfnisfremde Ziele werden akzeptiert, auch wenn sie nicht zu den eigenen Bedürfnissen und anderen Selbstaspekten passen, weil die Inkompatibilität mit den eigenen möglicherweise unbewusst unterdrückten Bedürfnissen und Zielen durch lageorientiert geprägte Bewältigungsversuche bzw. eingeschränkte Ressourcen weniger deutlich erlebt und weniger wirksam in entsprechende Handlungen umgesetzt werden können, besonders, wenn es sich um als ressourcenbedrohende Ziele handelt, die den Einsatz des eigenen bereits eingeschränkten Ressourcenpools erforderlich machen. Es muss sogar damit gerechnet werden, dass fremde, inkompatible Ziele für selbstkompatibel gehalten werden, was gleichzeitig zur Auslösung handlungsorientiert ausgerichteter Bewältigungsversuche lageorientierte Bewältigungsversuche auslöst. Empirische Bestätigung findet diese Annahme bei Baumann (1998).

Insgesamt lässt sich dieser Rehabilitationstyp beschreiben als ein unter Belastung passiv-hilfloser, dennoch auf Ziele fixierter Zustand mit selbstkritischer Revisionsbereitschaft (lageorientierte Bewältigungsversuche) vorhandener Ressourcen, Bereitschaft zu sozialer Konformität und einem Übergang in die kreative und spontane – allerdings nicht planungsintensive – Form der handlungsorientierten Bewältigungsversuche. In vielen Situationen führt deshalb eine exzessive Informationsverarbeitung zu einem Anwachsen der realen Bedrohung und damit zu einer geringeren Wahrscheinlichkeit, ihrer Herr zu werden, womit das Ausmass des subjektiv erlebten Belastung noch zusätzlich erhöht wird.

Im Gegensatz zum ‚sorgsam-zufriedenen Typ‘ zeigte sich beim ‚angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstypus‘ ein über sämtliche Messzeitpunkte  $t_1$  bis  $t_4$  hinweg signifikantes Überwiegen lageorientierter Bewältigungsversuche. Allerdings konnte auch hier keine eindeutige Präferenz einzelner Bewältigungsversuche festgestellt werden. Bei diesem Ressourcenkomplex steht vermutlich das Erleben der Diskrepanz zwischen notwendigen Ressourcen und vorhandenen Ressourcen im Mittelpunkt. Die hohe Sensibilität für diese Diskrepanz kann unter Umständen in willentlich nicht abstellbares Grübeln – was als charakteristisch für die lageorientierten Bewältigungsversuche gilt – übergehen. Kuhl (1983; 1994) geht davon aus, dass Lageorientierte – in der Sprache der Ressourcentheorie ausgedrückt – Schwierigkeiten haben, sich mit Ressourcenverlusten abzufinden und nicht mehr erreichbare Ziele aufzugeben. Sie beschäftigen sich gedanklich ausführlich mit den Folgen potentieller Misserfolge und ihrer eigenen Unzulänglichkeit. Dies blockiert offensichtlich die Suche nach Handlungsmöglichkeiten, die eine Verbesserung der Situation bewirken könnten: Die Suche nach potentiellen Ressourcen, z.B. nach der Motivation zur Veränderung der belastenden Situation kommt damit zu kurz. Personen, die vorwiegend lageorientiert ausgerichtete Bewältigungsversuche anwenden, benötigen gegenüber Handlungsorientierten länger, um Entscheidungen zu treffen. Sie ziehen mehr Informationen heran und verarbeiten sie nach komplexeren Regeln (Kuhl & Beckmann, 1983). Dies sollte



nicht nur für konkrete Handlungsentscheidungen, sondern auch für Erkenntnisentscheidungen (Irle, 1975) gelten, bei denen die Person bestimmt, was für sie gültig und wahr ist.

Dass diese Bewältigungsorientierung auch in diesem Falle nicht immer nachteilig sein muss, lässt die Überlegung vermuten, dass sich Fälle denken lassen, wo eine sehr sorgfältige und differenzierte Analyse eines bedrohlichen Aspektes zu klareren Erkenntnissen und letztlich besseren Entscheidungen führt als eine schnelle und hastig getroffene. Wenn kein Zeitdruck besteht und die möglichen Folgen sehr aversiv sind, ist eine umfassende Sammlung relevanter Informationen und ihre gründliche Verarbeitung sicher nützlich. Eine Person, die extremen Belastungen und Bedrohungen ausgesetzt ist, braucht notwendig auch lageorientierte Phasen, um ihre eigene Position und ihre Einflussmöglichkeiten zu bestimmen. Die Überlegung einer Probandin dieser Rehabilitationsgruppe beispielsweise, welche Ausbildungsstätte sich besser mit ihrer Doppelbelastung ‚häuslicher Aufgabenbereich‘ und ‚Teilzeiterwerbsarbeit‘ vereinbaren lässt, wird gleichzeitig besser mit ihren Bedürfnissen übereinstimmen, wenn sie die Entscheidung nach sorgfältigem Abwägen aller konkreten Handlungsfolgen trifft. So betrachtet kann sogar davon ausgegangen werden, dass eine Verminderung des 'Commitments' möglicherweise eine gesundheitsförderliche oder zumindest gesundheitserhaltende Bewältigungsmöglichkeit darstellt (Pernice, 1996). Der Autor geht weiterhin davon aus, dass es bedeutsam sein kann, mit welchen Inhalten sich die Person im lageorientierten Zustand beschäftigt. So zeigten in der Studie von Kuhl, Schapkin und Gusew (1994) lageorientierte Versuchspersonen sogar einen Leistungsvorteil gegenüber handlungsorientierten, wenn sie emotional positive Wörter verarbeiteten oder in gute Stimmung versetzt wurden. Bei negativ getönten Wörtern und schlechter Stimmung lag das umgekehrte Ergebnismuster vor. Die vom Autor formulierte Annahme, dass Personen mit handlungsorientiert ausgerichteten Bewältigungsversuchen mit Belastungen im allgemeinen besser zurecht kommen als Personen mit vornehmlich lageorientiert ausgerichteten Bewältigungsversuchen, schliesst also *nicht* aus, dass sich unter spezifischen Rahmenbedingungen diese Unterschiede aufheben oder sogar ins Gegenteil verkehren. Diese besonderen Rahmenbedingungen sind allerdings in der heutigen Form der Abklärung der Teilnahmemöglichkeiten am Erwerbsleben, wie ihn die Schweizerische Invalidenversicherung standardmässig anbietet, nicht gegeben.

Bei lang andauerndem Erleben von Erfolgslosigkeit allerdings – wie dies bei der Suche einer geeigneten Ausbildungsmöglichkeit bzw. Erwerbsmöglichkeit immer wieder beobachtet werden kann – ist ein Übergang vom ‚strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyp‘ zum ‚angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationstyp‘ durchaus denkbar. Mit dem ständigen Infragestellen vorhandener Ressourcen ist eine Anwendung neu erworbener Ressourcen gehemmt. Und bei einer Fixierung auf dem lageorientierten Pol besteht die Gefahr, dass neu erworbene Ressourcen nicht in den bestehenden ‚Ressourcenpool‘ integriert werden. Es kann sich durch die ständige Anpassung (‚Pflichtbewusstsein‘) an die jeweils bestehende Situation eine Art ‚Pseudoverdrängung‘ bilden, bei der leidvolle Erlebnisse nicht wirklich verdrängt werden, sondern vom übrigen Wissen abgespalten werden. So lässt sich zumindest ansatzweise das Phänomen der subjektiv als mittelmässig erlebten Belastung erklären. Mit dieser Neigung zur Dämpfung des Erlebens potentiell ressourcenbedrohlicher Situationen kann auch das eingeschränkte Erleben sozialer Unterstützung einhergehen, was tatsächlich ein verstärktes und nicht ausgedrücktes Bedürfnis nach sozialer Bindung bedeuten kann. Eine empirische Bestätigung dieses bei besonders lageorientierten Personen vorzufindenden Phänomens ist bei Wiedermann, Busjahn, Heinrich, Listing, Mueller & Richter-Heinrich (1994) zu finden. So ist die ständige unerfüllte Suche nach Anlehnung an andere Personen demnach als Kompensation für die eigene Schwäche zu verstehen, ressourcenbedrohende Situationen zu bewältigen. In einer Belastungssituation, in der sich die Frauen dieses



Rehabilitationstyps befinden, wird in erster Linie nicht ein warmherziger Austausch mit anderen Menschen, sondern vielmehr Schutz und Hilfe gesucht – durch eigene Aktivität ist dies bloss schwer zu erreichen.

Viele der oben beschriebenen Phänomene der differentiellen Rehabilitationstypen, der Orientierungsformen und der Verhaltensweisen der Probandinnen mögen recht bekannt sein und nicht spezifisch für den Umgang mit einer Behinderung erscheinen. Dies widerspricht nicht dem Ziel der Untersuchung, wurden doch alle Phänomene aus dem alltäglichen Kontext heraus gearbeitet. Sie spiegeln somit auch die ganz alltäglichen Belastungen eines jeden menschlichen Lebensvollzugs wieder, in dem zwischen Selbstbehauptung und Anpassung an die Erwerbswelt Identitätsarbeit geleistet werden muss.

Welche *Folgerungen* lassen sich nun für die Grundlagenforschung zur erwerblichen Rehabilitation ziehen? Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sprechen insgesamt betrachtet für eine zukünftig stärkere Berücksichtigung differentialpsychologischer Aspekte sowohl in der grundlagenorientierten als auch in der anwendungsorientierten empirischen erwerblichen Rehabilitationsforschung. In Grundlagenstudien, die sich mit prospektiven Zusammenhängen zwischen Bewältigungsprozessen und für die Rehabilitation relevante Indikatoren befassen, könnte die Betrachtung differentieller Bewältigungsprofile zu einer stärkeren Varianzaufklärung führen, als dies bei der gegenwärtig üblichen Betrachtung von einzelnen Bewältigungsformen der Fall ist. Differentialpsychologische Bedeutung wird dabei insbesondere, dies legen die dargestellten Ergebnisse der Diskriminanzanalyse nahe, dem relativen Zueinander von arbeitspsychologisch relevanten Persönlichkeitsvariablen – im Sinne eines ‚Ressourcenpools‘ – zukommen. Es ist zu erwarten, dass sich unter rehabilitativen Aspekt ein Bewältigungsprofil als günstig erweist, welches durch eine ausgewogene Balance zwischen den einzelnen Persönlichkeitsressourcen gekennzeichnet ist. Eher ungünstige erwerblich-rehabilitative Auswirkungen dagegen sind von Bewältigungsprofilen zu erwarten, die durch eine verminderte Ressourcenausstattung charakterisiert sind. Studien zur differentiellen Effektivität einzelner Bewältigungsformen wie beispielsweise Emotionshemmung haben z.T. widersprüchliche Ergebnisse erbracht, die u.a. durch den Einfluss situationaler Variablen und durch Unterschiede der untersuchten Population zu erklären sind. Der Autor geht davon aus, dass darüber hinaus die Effektivität einer singulären Bewältigungsform im individuellen Fall auch davon abhängt, wie diese Form jeweils in dem Repertoire der Person insgesamt verfügbaren Ressourcen eingebunden ist.

Von entscheidendem Interesse dabei ist, ob und inwieweit sich eine bestimmte formale Bewältigungsform wie z.B. ‚handlungsbezogen-konstruktiv‘ in einem Gleichgewicht zu einer jeweils komplementären formalen Bewältigungsform wie beispielsweise ‚handlungsbezogen-defensiv‘ befindet. Die jeweilige Bewältigungsform wird insbesondere dann ihre konstruktive Wirkung entfalten, wenn sie sich in einem dynamischen Gleichgewicht mit der komplementären Bewältigungsform befindet. Ist dies nicht der Fall, besteht die Gefahr der ‚entwertenden Übertreibung‘, die sich dann für obiges Beispiel inhaltlich etwa in Form einer *‚erlernten Sorglosigkeit‘* (Schulz-Hardt & Frey, 1997) gegenüber der Brisanz der Problematik ausdrücken kann. Eine genauere differentialpsychologische Untersuchung von in diesem Sinne balancierten vs. unbalancierten individuellen Bewältigungsprofilen der jeweiligen Rehabilitationstypen und deren Zusammenhänge mit subjektiven und objektiven Indikatoren einer erfolgreichen erwerblichen Rehabilitation erscheint deshalb als wichtiger zukünftiger Beitrag zur grundlagenorientierten, empirischen Rehabilitationsforschung.

Analoge Überlegungen gelten auch für die anwendungsorientierte Forschungsfrage nach dem Erfolg von interventiven rehabilitativen Massnahmen zur Verbesserung der

Bewältigungskompetenzen (z.B. Kaluza, 1996b). Bisherige Ergebnisse zur allgemeinen Frage der Bewältigungskompetenz (z.B. Kaluza, 1997a; 1998a; 1999) dass die Teilnahme an einem Stressbewältigungstraining – auch längerfristig – stabile Veränderungen hinsichtlich einzelner Bewältigungsstrategien führt. Es bleibt allerdings offen, ob diese Veränderungen im Einzelfall tatsächlich eine Erweiterung des initialen individuellen Bewältigungsrepertoires darstellen, oder ob sie lediglich eine weitere Akzentuierung eines initial bereits einseitig ausgerichteten Bewältigungsprofils reflektieren. In Evaluationsstudien, die zu diesem Thema von Kaluza (1997b) durchgeführt wurden, zeigten sich ferner lediglich geringe Kovariationen zwischen trainingsinduzierten Veränderungen hinsichtlich einzelner Bewältigungsvariablen einerseits und hinsichtlich physischer und psychischer Befindensparameter andererseits. Vermutet werden kann, dass Veränderungen hinsichtlich einzelner Bewältigungsstrategien einen individuell unterschiedlich starken Zusammenhang mit dem subjektiven Belastungsempfinden aufweisen, und zwar in Abhängigkeit vom initialen Bewältigungsprofil der jeweiligen teilnehmenden Person.

Geht man davon aus, dass Flexibilität auf der Basis eines möglichst breiten, balancierten Bewältigungsprofils ein wesentliches Kennzeichen erfolgreicher Belastungsbewältigung ist, so ist denkbar, dass ein Zugewinn an beispielsweise kognitiven Bewältigungsformen nur bei solchen Personen mit einer Befindlichkeitsverbesserung einher geht, die bei Trainingsbeginn kaum auf diese Bewältigungsform zurückgreifen, die also durch das Training tatsächlich eine inhaltliche Erweiterung ihres initial einseitig ausgerichteten Bewältigungsrepertoire erfahren, gewissermassen dazugelernt haben. Demgegenüber wären solche Personen, die bereits zu Beginn hohe Werte bei der Bewältigungsform aufweisen und während des Trainings diese Werte noch steigern können, die damit lediglich ‚mehr derselben‘ erfahren, eine subjektive Befindensverbesserung nicht zu erwarten. Diese Überlegung wäre in analoger Weise auf andere Formen der Bewältigung zu übertragen. Für die anwendungsorientierte Bewältigungsforschung in der Rehabilitation stellt sich damit die Aufgabe, differentielle Interventionseffekte im Hinblick auf Bewältigung ebenso wie differentielle Zusammenhänge zwischen trainingsinduzierten Bewältigungs- und Befindensveränderungen in Abhängigkeit von initialen Bewältigungsprofilen zu untersuchen (Kaluza, 1998b).

Aus den obigen Ausführungen lassen sich folgende zwei Ansatzpunkte einer evolutionär ausgerichteten Weiterentwicklung der erwerblichen Rehabilitation formulieren:

**Anforderung 1:** Erfolgreiche erwerbliche Rehabilitation im Sinne der Partizipation stellt sich als Funktion umfassender Information dar. Deshalb sollte die Vernetzung von grundlagenorientierter Rehabilitationswissenschaft und Anbietern erwerblicher Rehabilitationsmassnahmen gefördert werden.

**Anforderung 2:** Eine optimale erwerbliche Rehabilitation sollte sich grundsätzlich an die vorhandenen Ressourcen der Klientin ausrichten, weshalb die Identifikation und Evaluation des individuellen Ressourcenhaushaltes im Vordergrund des erwerblichen Rehabilitationsprozesses stehen muss.

### **7.3. Ansatzpunkte zur Evolution der Praxis der erwerblichen Rehabilitation**

Die Ergebnisse der Forschungsarbeit haben gezeigt, dass die heutige Verfahrensweise bei der erwerblichen Rehabilitation – am Beispiel von teilzeit- und vollzeiterwerbstätiger Frauen mit Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich, die wegen einer gesundheitlichen Einschränkung ihre Erwerbssituation verändern müssen – nicht mehr zeitgemäss ist. Vielmehr ist es notwendig geworden, die gängige Praxis der erwerblichen Rehabilitation, welche unter Ausschluss der psychosozialen Situation der zu beratenden Person durchgeführt wird, nicht bloss zu hinterfragen, sondern gleichzeitig dem heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand hinsichtlich einer potentiell erfolgreichen erwerblichen Rehabilitation anzupassen. Rehabilitations- und sozialwissenschaftliche Ergebnisse belegen, dass die schwierige Lage auf dem heute vorherrschenden Arbeitsmarkt nicht bloss eine hohe Hürde für eine Rückkehr von Menschen mit einem ihre Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Gesundheitsschaden in die Erwerbswelt darstellt, sondern gleichzeitig den Erhalt der Erwerbsfähigkeit dieser Menschen erschwert. Diesbezüglich liegen sowohl Analysen zur "Selektionshypothese" (vgl. z.B. Elkeles & Seifert, 1992) vor, wonach das Risiko, den Arbeitsplatz zu verlieren, für gesundheitlich beeinträchtigte Erwerbstätige höher liegt, als auch Analysen zur "Kausalhypothese" (vgl. Elkeles & Seifert, 1992), wonach Erwerbslosigkeit einen direkten negativen Effekt auf den Gesundheitszustand und dessen subjektive Bewertung seitens der betroffenen Person hat. Der Frage nach den Möglichkeiten der Wiederherstellung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird in Zukunft mit grosser Wahrscheinlichkeit ein stärkeres Gewicht zukommen, weshalb der objektive Bedarf an medizinischer parallel zur erwerblichen Rehabilitation deshalb unter den derzeitigen Gegebenheiten zunehmen wird. In letzter Konsequenz bedeutet dies, dass der Rehabilitationsträger 'Invalidenversicherung' auch im Rahmen der gesellschaftlichen Verantwortung für die einzelne Person und ihrer eigenen Legitimation noch ausgeprägter als bisher gefordert sein wird, die Teilnahmefähigkeit am Erwerbsleben von Menschen mit einem ihre Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Gesundheitsschaden zu unterstützen und damit dem offensichtlich zunehmenden Trend des endgültigen vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben entgegen zu wirken. Die Chance auf eine Teilnahme am Erwerbsleben sinkt nach den Ergebnissen von Mohr (2001) unter anderem bei vorheriger (Langzeit-) Arbeitsunfähigkeit, hoher regionaler Arbeitslosenquote sowie mit der zunehmenden Dauer der - bedingt durch den langwierigen formalen Rehabilitationsprozess - gesamten Zeit der Nichtteilhabe am Erwerbsleben.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen zudem für das Ziel einer Neuformulierung des Prozesses der erwerblichen Rehabilitation die Notwendigkeit auf, dass eine versicherte Person - und letztlich ist es egal, welchem Geschlecht diese Person zugehörig ist - nicht lediglich als passiv-rezeptive Persönlichkeit mit einem ‚Gesundheitsschaden‘ im Sinne der Schweizerischen Invalidenversicherung Abklärungen der erwerblichen Rehabilitation am eigenen Leibe ‚zwangs‘-erfahren darf (evokative Individuum-Umwelt-Koordination), wie dies zum heutigen Zeitpunkt unhinterfragt üblich ist, sondern als bio-psycho-soziale Einheit und damit als aktive Mitgestalterin ihrer eigenen erwerblichen Rehabilitation (*aktive* Individuum-Umwelt-Koordination) verstanden werden muss. Eine Möglichkeit des evolutionären Weiterdenkens in diesem Sinne besteht in der Beachtung bedeutsamer differentieller Ressourcenprofile im Hinblick auf eine erfolgreiche Wiedererlangung der Teilnahmefähigkeit am Erwerbsleben, wie es das Thema dieser Forschungsarbeit ist. Der Schwerpunkt bisheriger Forschung liegt vorwiegend auf der Erfassung des Rehabilitationsgeschehens allgemein. Die Überprüfung klientenbezogener Variablen wie berufliche und alltägliche Einbindung einer Rehabilitandin oder ihre längerfristige Lebensperspektive steht weitgehend noch aus (Deck, Kohlmann & Raspe, 1998). So konnten

Krause, Niebrügge, Bartram, Lehr & Wirth (1996) als Ergebnis einer Untersuchung feststellen, dass spezifische Interventionen zur Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartungen langfristige Umorientierungen von Patienten wesentlich erleichtern dürften.

Tatsächlich könnte während des Prozesses der erwerblichen Rehabilitation – so die Vermutung des Autors – eine starre Zentrierung auf die medizinisch-somatische Seite der Behinderung (dem eigentlichen Gesundheitsschaden) und die Nichtbeachtung der psychosozialen Seite durchaus die Folge haben, dass auch anfänglich offensiv geprägte Bewältigungsversuche sich allmählich zu defensiven Versuchen neigen. Unmittelbar und längerfristig hätte dies nach der Theorie von Kuhl (1994) ein anhaltendes und perseverierendes Grübeln und eine Unentschlossenheit bzw. ein zögerndes Verhalten bei der Verhaltensinitiierung zur Folge. Nach Kuhl (1983; 1994) ist dies eine der Vorbedingungen von Depression und Handlungslähmung. Der Preis für diese Unachtsamkeit kann wie bereits erwähnt der definitive Rückzug vom Arbeitsmarkt und in die Berentung sein, ein Prozess, den Zippay (1995) in einer Studie mit Langzeitarbeitslosen beschreibt.

### **7.3.1. Erster Aspekt einer evolutionär ausgerichteten Weiterentwicklung - pluridisziplinär ausgerichtete erwerbliche Rehabilitation**

Die Beachtung all dieser Zusammenhänge wirft allerdings die Frage auf, wie ein unter diesen Gesichtspunkten weiter zu entwickelndes Rehabilitationssystem, das (zum Beispiel) individuell ausgerichtet sein sollte, in Bezug auf erwerbliche Rehabilitation partizipative Aspekte berücksichtigen und stärker auf Träger übergreifende, pluridisziplinäre Kooperation professioneller Anbieter gesundheitsbezogener Ressourcen setzen sollte, verwirklicht werden kann. Grundlegend scheint, dass dafür nicht nur eine neue Akzeptanz des am Grundsatz der Partizipation orientierten rehabilitativen Gedankens an sich, sondern auch die Umsetzung dieses Gedankens in Rehabilitationskonzepte notwendig wäre. Möglichkeiten der Sicherung eines gestrafften und in seinen Teilen aufeinander bezogenen erwerblichen Rehabilitationsverlaufs können durch die Organisation nach einem *fallbezogen orientierten Rehabilitationskonzept* geboten werden. Ziel eines solchen Vorgehens wäre es, Art und Umfang einer am individuellen Bedarf orientierten erwerblichen Rehabilitation festzulegen und deren zügige Umsetzung zu gewährleisten. Eine wesentliche Voraussetzung für ein unter Partizipationsgesichtspunkten erfolgreiches Rehabilitationsprojekt ist - wie die obigen Ausführungen gezeigt haben - allerdings eine rechtzeitige Einleitung interventiver Rehabilitationsmassnahmen: Hierfür müssen Ärzte in freier Praxis oder in Kliniken allerdings für eine qualifizierte Erfassung und Bewertung einer erwerblichen Rehabilitationsbedürftigkeit befähigt werden, weshalb gleichzeitig die Entwicklung standardisierter Verfahren und Instrumente notwendig wäre. Die Bereitstellung optimaler Anpassungen in der Organisation der erwerblichen Rehabilitation ist in hohem Masse abhängig von der Lösung der Schnittstellen- und Sektorierungsproblematik im intra- und interinstitutionellen Kontext. Ein individuell und auf die Gesamtstrecke von notwendigen Partialinterventionen ausgerichtetes rehabilitatives Vorhaben bildet beispielsweise die *institutionelle Verzahnung einzelner professioneller gesundheitsbezogener Ressourcen*. Untenstehende Abbildung 7.3. gibt einen Überblick über eine Möglichkeit der professionsübergreifenden praxisnahen Zusammenarbeit. Das dargestellte Interventionsmodell basiert auf dem bereits im dritten Kapitel dargestellten Theoriemodell der erwerblichen Rehabilitation.

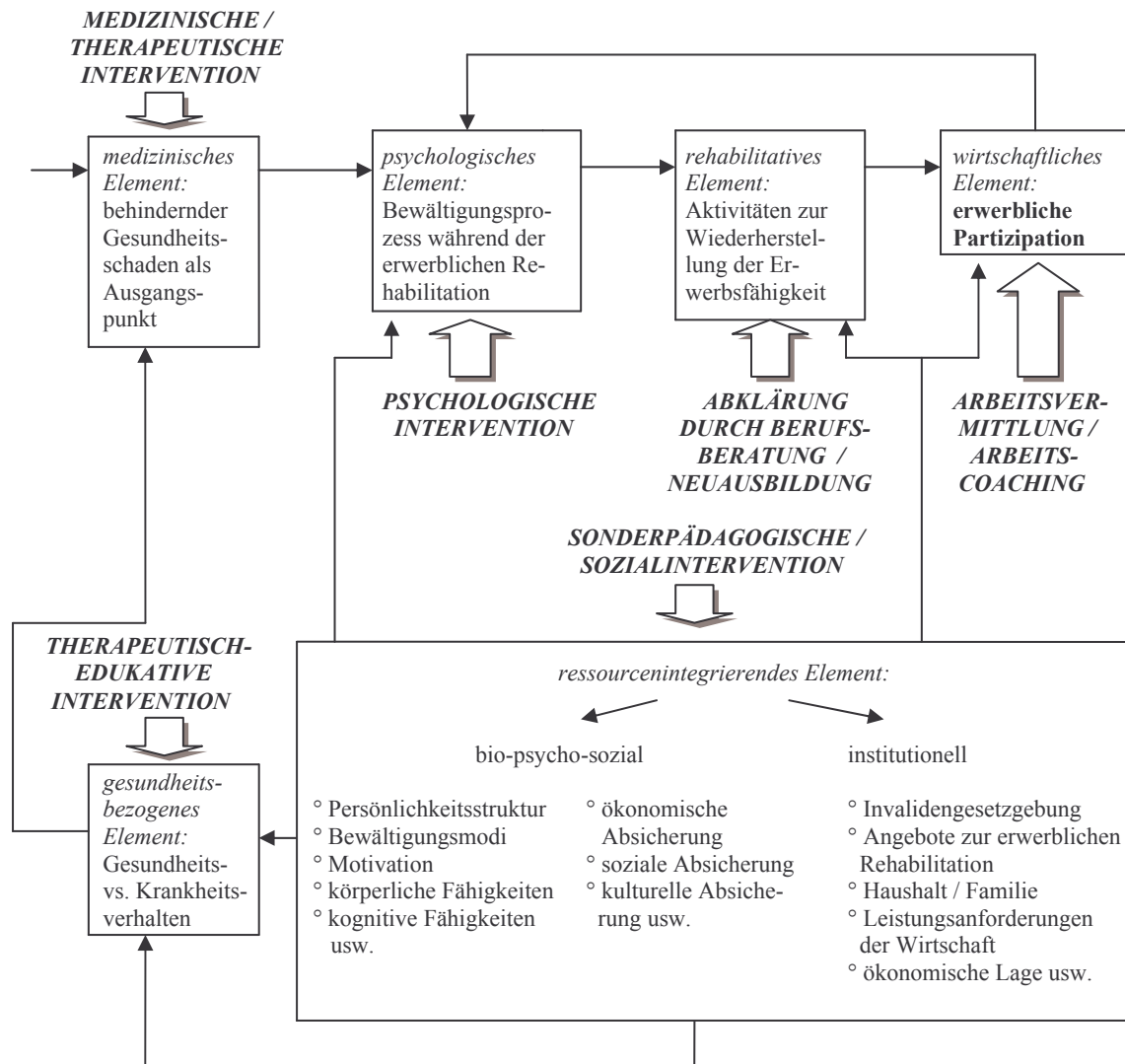


Abbildung 7.3.: Interventionsmodell der erwerblichen Rehabilitation

Es zeigt, dass eine umfassend konzipierte erwerbliche Rehabilitation an allen Determinanten der erwerblichen Rehabilitation ansetzt, um das übergreifende Ziel einer möglichst weitgehenden Partizipation am Erwerbsleben und damit in der Gesellschaft zu erreichen. Das Modell weist auf mögliche Interventionsdimensionen hin, auf denen nach einer *rehabilitationsspezifischen Diagnostik* individuelle Rehabilitationsziele formuliert werden können und im Sinne einer Evaluation des Ergebnisses, der eigentlichen erwerblichen Rehabilitation, überprüft werden können.

Die Objektivierung eines Gesundheitsschadens hinsichtlich seiner Potentialität zur Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und damit die Annahme der grundsätzlichen 'Interventionsbedürftigkeit' erfolgt individuell auf fachmedizinischer Basis. Die Identifikation einer individuellen 'Interventionsbedürftigkeit' ergibt sich als Ergebnis einer *spezifisch rehabilitationsdiagnostischen* und *pluridisziplinären* Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachpersonen, deren Kompetenzfeld durch ihre Tätigkeit innerhalb des jeweiligen rehabilitativen Elementes (z.B. psychologisches, ressourcenintegrierendes oder wirtschaftliches) definiert wird. Damit kann sich eine spezifisch-individuelle 'Interventionsbedürftigkeit' hinsichtlich der Wiederherstellung der erwerblichen Teilnahmemöglichkeit auf sämtlichen Ebenen ergeben. So wird es - um erneut auf die im Rahmen der vorliegenden Studie interessierende Personengruppe von Frauen



zurückzukommen - durchaus möglich sein, dass sich aufgrund der differentiellen Rehabilitationsprofile und der besonderen Situation im häuslichen Aufgabenbereich unterschiedliche erwerblich-rehabilitative Vorgehensweisen aufdrängen. Dazu gehört im Wesentlichen auch die Verbesserung noch eingeschränkter Fähigkeiten, die Verstetigung von Lebensstiländerungen und die Verstärkung von individuellen Ressourcen, der nachhaltige und überprüfbare Transfer des Gelernten in den Alltag, die Förderung der persönlichen Kompetenz (*therapeutisch-edukative Intervention*) und nicht zuletzt die Minderung von Schnittstellenproblemen in der Gesundheitsversorgung (*sonderpädagogisch-soziale Intervention*).

Entscheidend für eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt ist neben einer individuellen Anpassung der Qualifikationen an die Anforderungen des zur Zeit vorherrschenden Arbeitsmarktes (*rehabilitatives Element*) eine Förderung der aktiven Bewältigungsressourcen und der Eigeninitiative, definiert als selbständige und aktive Herangehensweise an Probleme und psychische Stabilität hinsichtlich Misserfolgen (Zempel & Frese, 2000). Bei Schulungen von Arbeitslosen in den USA (z.B. Vinokur, Price & Schul, 1995), die den Schwerpunkt auf die Stärkung psychologischer Ressourcen legen, konnten auch zwei Jahre nach dem Training positive Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten und die Qualität des neu erworbenen Arbeitsplatzes nachgewiesen werden (Vinokur, Schul, Vuori & Price, 2000). Trainings, deren Fokus bloss auf das Erlernen konstruktiver Gedanken und optimistischer Erklärungsstile wie von Creed, Machin & Hicks (1999) gerichtet war, resultierten zwar in verbesserten Bewältigungskompetenzen und erhöhtem gesundheitlichen Verhalten, verhalfen aber nicht zu einer leichteren Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Handlungsorientierte und aktivierende Ansätze wie beim Training der Eigeninitiative erscheinen demzufolge erfolgreicher (Frese, Kring, Soose & Zimpel, 1996; Frese, 1997; Frese, Fay, Hilburger, Leng & Tag, 1997; Frese & Fay, 2001; Fay & Frese, 2001).

Ein heute bereits existierender organisationaler Bezugsrahmen, der die Aufgabe einer pluridisziplinär ausgerichteten erwerblichen Rehabilitation übernehmen könnte, findet sich in der Schweiz in Form der 'Beruflichen Abklärungsstellen' BEFAS: Der Schwerpunkt dieser nicht weit verbreiteten Abklärungsstellen liegt allerdings ausschliesslich auf der praktischen Prüfung der Leistungsfähigkeit und der Identifikation alternativer Erwerbstätigkeiten durch Fachpersonen der Berufs- und Laufbahnberatung und durch Berufsabklärer. Unterstützt werden sie meistens durch einen Stellenarzt – eine eigentliche psychologische Unterstützung durch eine Fachperson zur Identifikation, Evaluation und gegebenenfalls zur Aufarbeitung der psychosozialen Problematik und eine Sozialbegleitung während des gesamten erwerblichen Rehabilitationsprozesses – wie sie neuerdings im Sozialgesetzbuch IX im Rahmen des deutschen Sozialrechts neben der Forderung nach wohnortsnahen und familiengerechten Eingliederungsfachstellen gesetzlich verankert ist – fehlt vollständig, wäre allerdings im Rahmen der evolutionären Weiterentwicklung der erwerblichen Rehabilitationsmassnahmen durchaus wünschenswert.

Vermutlich wird im Bereich der *erwerblichen Partizipation* (wirtschaftliches Element) der *Arbeitsvermittlung* und der zeitlich begrenzten *weiterführenden Betreuung nach erfolgreicher Reintegration* im Sinne eines *Arbeitscoaching*' - bedenkt man beispielsweise die heutige Lage des Arbeitsmarktes für in Teilzeit erwerbstätige Frauen mit zusätzlichen Pflichten häuslichen Aufgabenbereich (z.B. möglichst wohnortnahe Möglichkeit einer Erwerbstätigkeit) - besondere Bedeutung zugemessen werden müssen. Die wissenschaftliche Literatur zum "job seeking behavior" (Wanberg, Kanfer & Banas, 2000) zeigt, wie wichtig es gerade in Zeiten der Erwerbslosigkeit ist, Eigeninitiative zu entwickeln: Erwerbslose mit einem hohen Ausmass an Eigeninitiative finden schneller eine Arbeitsstelle als solche, die nur in geringem

Masse eigeninitiativ handeln (Eden & Aviram, 1993; Frese et al., 1997; Wanberg, 1997). Arbeitslose sind häufig depressiv und hilflos (Murphy & Athanasou, 1999). Daher verlieren sie jede Motivation, sich in schwierigen Situationen durchzusetzen. Ausserdem nimmt mit zunehmender Dauer der Erwerbslosigkeit das Ausmass der Eigeninitiative und des Selbstwertgefühl ab. Depression, Verbitterung, Hilflosigkeit und psychosomatische Beschwerden intensivieren sich (Zempel & Frese, 1997). Andererseits scheint es nach Erfahrung des Autors dringend notwendig, dass sich Institutionen der erwerblichen Rehabilitation wie eben beispielsweise die IV-Arbeitsvermittlung auf die Bedürfnisse und Erwartungen derer konzentriert, die über Arbeitsplätze verfügen: die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. Ziel sollte es sein, ihnen zu erleichtern, Menschen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung einzustellen und zu halten und es dadurch wiederum diesen Menschen zu erleichtern, einen Arbeitsplatz zu finden und zu halten. Es bieten sich damit Möglichkeiten, partizipationsförderliche Verhaltensweisen sowohl von erwerbstätigen Menschen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung als auch von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern zu fördern, indem beispielsweise Informationen zum erwerblichen Rehabilitationssystem und insbesondere zu den IV-Leistungen vermittelt, Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern mit dem Ziel der Entstigmatisierung von Behinderung aufklärt und anforderungsorientierte Qualifikationsprofile u.v.a.m. zusammenfasst und koordiniert wird. Derartige unterstützende Massnahmen könnten eine wesentliche Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Teilhabe behinderter Menschen am Erwerbsleben darstellen.

In diesem Zusammenhang stellt sich allerdings die Frage, in wie fern Bedürfnisse und Ziele der Klientinnen, beispielsweise dem Wunsch nach einer vollständigen Berentung, aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation der Gleichzeitigkeit von Erwerbsarbeit und Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich in Bezug auf die erwerbliche Rehabilitation als unrealistisch und damit als veränderungswürdig betrachtet werden müssen. Die Beantwortung dieser Frage ist nicht so unproblematisch, wie sie auf den ersten Blick erscheint: Für bestimmte Klassen aversiver Ereignisse lässt sich zwar relativ klar definieren, was unrealistische Ziele sind, bei anderen ist dies dagegen sehr schwierig, insbesondere im Rahmen einer erwerblichen Rehabilitation. Bei einer irreversiblen Behinderung der Erwerbsfähigkeit, wie sie eine dauernde funktionell-körperliche Einschränkung nach sich zieht, besteht beispielsweise die angemessene Reaktion formal betrachtet sicherlich darin, sich im Rahmen der Abklärung mit einer IV-Fachperson für Berufs- und Laufbahnberatung um ein alternatives Betätigungsfeld zu kümmern und sich von der erlernten Tätigkeit zu ‚verabschieden‘, auch wenn dieser Prozess schmerzlich und mit einer kurzfristigen Depression verbunden ist (vgl. dazu auch Klinger, 1987). Nach Abschluss dieser Trennungsphase ist eine Klientin wieder frei, neue und realistischere Zielbindungen einzugehen. Umgekehrt führt, wie bereits oben erwähnt, die Unfähigkeit, sich von den alten Zielen zu lösen und die perseverierende Beschäftigung mit ihnen zu einer dauernden Einschränkung der Handlungsfähigkeit. Die Verhältnisse sind aber oft nicht so eindeutig. Was ist mit einer Klientin, die aufgrund ihrer Fähigkeiten keine Umschulung in eine behinderungsgerechte Tätigkeit absolvieren kann, da jede Alternative sie unweigerlich in die Arbeitslosigkeit führen würde – und ihre jetzige Tätigkeit deshalb, obwohl sie diese lediglich leistungsmässig eingeschränkt ausüben kann, im Rahmen einer Rente der Invalidenversicherung weiter ausüben will, dies im Rahmen der Invalidengesetzgebung jedoch nicht möglich ist? Die Frage lässt sich nicht mehr sicher beantworten. Ab welcher subjektiven Erfolgswahrscheinlichkeit wird die Zielerreichung unrealistisch? Und ist nicht gerade diese subjektive Einschätzung der Chancen keine unabhängige Eingangsgrösse, sondern selbst wieder das Ergebnis der persönlichen Auseinandersetzung mit dieser Situation?

Inwieweit nun eine IV-Berufs- und Laufbahnberatung im Rahmen einer Umschulungsmassnahme der IV – dies angesichts des immanenten Zwanges, auf eine situative Anforderung, nämlich einen die Erwerbsfähigkeit einschränkende Gesundheitsschaden, eine unmittelbare Reaktion zu erwarten, und zwar in Form der Befolgung von konkreten Handlungsanweisungen von Fachpersonen der Invalidenversicherung – die Verwendung möglicher Bewältigungsversuche hemmt oder stimuliert, konkret: lageorientiert ausgerichtete Bewältigungsversuche in der Beratungssituation fördert und handlungsorientiert ausgerichtete Bewältigungsversuche ausserhalb dieser Situation bzw. idealerweise einen ‚strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyp‘ verlangt, sei dahingestellt. Dies berührt natürlich auch die Beratungspraxis des Autors in dieser Studie: Wie hemmend oder stimulierend wurden die berufsberaterischen Abklärungen durchgeführt? Zur Beantwortung dieser Frage wäre eine weitere, sinnentsprechende Studie sinnvoll. Der Autor vermutet hierzu, dass sich im Beratungsalltag bei der Befolgung von stark spezialisierten bzw. konkretisierten vorgegebenen Handlungsregeln Gefahren wie ein rigider Verzicht auf produktive Problemkognitionen und Problemlösungen ergeben. Angesichts der für die IV-Klientin bestehenden Ohnmacht gegenüber der Unkontrollierbarkeit der Situation, nämlich dem Fehlen der persönlichen Kontrolle über die Rehabilitationssituation, da sie sich ja im Rahmen der Invalidengesetzgebung beispielsweise umschulen lassen *muss*, also eine für sie möglicherweise als extrem eingeschätzte Aussensteuerung durch Handlungsnormen besteht, ist die Verwendung lageorientiert ausgerichteter Bewältigungsversuche eher angemessen. Ob dieses Vorgehen für die Klientin angesichts der Invalidengesetzgebung (Grundsatz: ‚Eingliederung vor Rente‘; vgl. dazu Murer & Stauffer, 1997, S. 221) auch auf Dauer vorteilhaft ist, ist trotz allem fraglich.

Auf der Grundlage der vorhergehenden Ausführungen lassen sich zusammenfassend vier Ansatzpunkte einer evolutionär ausgerichteten Weiterentwicklung der erwerblichen Rehabilitation formulieren:

**Anforderung 1:** Erwerbliche Rehabilitationsleistungen sollten unter dem Blickwinkel der Wiederherstellung der Partizipationsfähigkeit am gesellschaftlichen Leben verschiedene gesundheitsbezogene Elemente der Rehabilitation umfassen. Sinnvoll scheint ein System in Form einer erwerbsbezogenen, zielgerichteten und am Einzelfall orientierten Rehabilitation.

**Anforderung 2:** Bedeutsam für die Wiederherstellung der Teilnahmemöglichkeit am Erwerbsleben ist das frühzeitige Erkennen gerade auch des erwerbsbezogenen Rehabilitationsbedarfs im Rahmen der pluridisziplinären Zusammenarbeit professioneller Anbieter gesundheitsbezogener Ressourcen.

**Anforderung 3:** Von wesentlicher Bedeutung für das Ziel der erwerblichen Wiedereingliederung erscheint die Anerkennung des bio-psycho-sozialen Hintergrundes der erwerblichen Rehabilitationsproblematik und deren Berücksichtigung während des gesamten Rehabilitationsprozesses.

**Anforderung 4:** Wenn dem Aspekt Rechnung getragen wird, dass kein 'Arbeitsmarkt für Behinderte' existiert, dann sollte der (potentielle) Arbeitgeber als ein wesentlicher Faktor im Rehabilitationskonzept betrachtet werden, der eine zentrale Partizipationsfunktion hat. Neue Aufklärungs-, Informations- und Kooperationskonzepte sowie die Schaffung von Unterstützungsmöglichkeiten im Sinne eines könnten in diesem Fall hilfreich sein.

### **7.3.2. Zweiter Aspekt einer evolutionär ausgerichteten Weiterentwicklung - Anwendungsperspektiven zur Praxis der erwerblichen Rehabilitationsberatung**

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie am Beispiel erwerbsbeeinträchtigter Frauen bestätigen die Alltagserfahrung, dass sich in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkte Frauen mit Pflichten im häuslichen Aufgabenbereich oft dadurch in eine passive Haltung begeben, indem sie sich kaum mit konkreten Handlungen in Richtung einer Umschulung in eine der Behinderung angepassten Erwerbstätigkeit befassen, sich vielmehr mit ihrem zur Zeit vorherrschenden Gesundheitszustand beschäftigen. Oft legen sie den Fokus auf eine mögliche Berentung und nicht auf die erwerbliche Wiedereingliederung. Deshalb werden Klientinnen oft als eher blockiert in der Umsetzung eines problematischen Ist-Zustandes in einen ‚behinderungsgeeigneten‘ Soll-Zustand und letztlich oft leider pauschal als ‚unmotiviert‘ erlebt. Eng damit verbunden ist eine resignative und eine der bisherigen Situation angepasste Rehabilitationshaltung.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sprechen nicht generell für eine allgemeine geringere Tüchtigkeit in der Bewältigung der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit einer der drei differentiellen Rehabilitationstypen oder der Orientierungsformen. Durch das kulturelle und insbesondere das versicherungsrechtliche Umfeld und die Wahl des Untersuchungsgegenstandes wurde allerdings ein Segment definiert, in dem eher ‚strebsam-zufriedene‘ Probandinnen über günstigere Interpretationen und Bewältigungsversuche zu verfügen scheinen und somit im Rahmen der erwerblichen Rehabilitation bessere Ergebnisse erreichen sollten als eher ‚resignativ-unzufriedene‘ oder ‚angepasst-pflichtbewusste‘ Probandinnen.

Das Ziel dieser Evaluationsstudie war vorrangig, differentielle Rehabilitationstypen und dazu gehörige Orientierungsmuster zu identifizieren. Ein solches Vorgehen macht durchaus Sinn, wenn man die globale Wirkung eines Konzeptes der Bewältigung erfassen will: Dies ist ein notwendiger Schritt gerade für die Konzeption pädagogisch-psychologischer oder therapeutischer Interventionsmassnahmen. Allerdings: Auch wenn man beispielsweise handlungsorientiert ausgerichtete Bewältigungsversuche bzw. den ‚strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyp‘ für den Umgang mit Belastungen für günstig hält, erscheint es wenig sinnvoll, alle Aspekte der übrigen Rehabilitationstypen und der lageorientierten Bewältigungsversuche gleichermassen zum Ziel einer Intervention zu machen. Schon aus ökonomischen Gründen ist es geboten, nur solche Mechanismen ändern zu wollen, die

- (a) bei der Person in einer stärker beeinträchtigenden Ausprägung vorliegen und
- (b) für eine gegebene Belastungssituation im Hinblick auf eine erfolgreiche erwerbliche Reintegration besonders nachteilig sind.

Eine zeitgemässe Rehabilitationsberatung verlangt deshalb dringend zusätzlich zu den berufsberaterischen Kompetenzen fundierte Kompetenzen sowohl der klinischen als auch der Rehabilitationspsychologie und der sonderpädagogischen Psychologie. Sie verlangt nach Kenntnis interventiver Methoden, mit deren Hilfe Defizite in der Ressourcenausstattung beispielsweise massiv resignierter Personen im Hinblick auf eine erfolgreiche erwerbliche Rehabilitation unmittelbar positiv beeinflusst werden können. Die Aneignung dieser Kompetenzen wird vom Autor als Desiderat für die Ausbildung von zukünftigen Fachpersonen für IV-Rehabilitationsberatung formuliert.

Die Kompetenzen der zum heutigen Zeitpunkt praktizierenden Fachpersonen für IV-Berufs- und Laufbahnberatung beschränken sich vornehmlich auf die Identifikation von Neigungen und Interessen hinsichtlich einer alternativen Erwerbsmöglichkeit, und zwar auf dem Hintergrund des durch eine somatisch ausgerichtete medizinische Fachperson festgestellten Gesundheitsschadens. Diese medizinische Fachperson beschreibt gleichzeitig mittels formaler Charakteristika eine der Behinderung angepasste Erwerbstätigkeit (beispielsweise notwendige Wechselbelastung oder kein Heben oder Tragen von Gewichten von mehr als 10 kg). Diese wiederum beurteilt die herausgearbeiteten Vorschläge der Fachperson für IV-Berufs- und Laufbahnberatung hinsichtlich ihrer Zumutbarkeit. Das gesamte Vorgehen geschieht unabhängig von der jeweiligen, als invaliditätsfremd definierten psychosozialen Situation. Die Ausführungen zu ihrem Einfluss auf die Bemühungen zur erwerblichen Rehabilitation zeigen jedoch, dass das 'Ausser-acht-lassen' dieser Faktoren hinsichtlich eines realen, d.h. tatsächlichen erwerblichen Eingliederungserfolges in die heutige Arbeitswelt nicht gerechtfertigt ist.

Es liegt nun angesichts der belastenden Situation der Probandinnen in der Natur derartiger explorativer Untersuchungen, dass sie sich für pädagogische und therapeutische Anwendungen nicht gerade anbieten. Wenn es sehr einfach wäre – eben resignierte in strebsame Probandinnen zu verwandeln –, hätte man es nicht mehr mit einem relativ stabilen Repertoire an Bewältigungsversuchen zu tun. Es bieten die Ergebnisse jedoch Ansatzpunkte für den verstehenden Nachvollzug der Erlebens- und Verhaltensweisen der Betroffenen und lenken den Blick besonders auf die spezifischen Erfahrungen versicherter Personen, beispielsweise gerade von Frauen mit der dualen Einschränkung, die im erwerblich-rehabilitativen IV-Alltag sehr leicht unter die medizinischen und Abklärungsakten verloren gehen. Gerade durch die Fassung als *allgemeine* Problemstrukturen, die sich aus den differentiell betrachteten Bewältigungsversuchen ergeben, lassen sich die grundlegenden Überlegungen zur *Effizienz unterschiedlicher Bewältigungsversuche und Handlungsmodi* zu jedem Verwendungszeitpunkt anwenden. Die vorliegenden Ergebnisse sprechen deshalb in Bezug auf die konkrete Anwendungssituation vielmehr für eine nutzenbringende Auseinandersetzung wiederum auf Einzelfallebene. Allerdings ist die Durchführung einer einzelfallorientierten Rehabilitationsberatung mit der Problematik einer zunehmenden Komplexität im Verlauf des Beratungsprozesses gekoppelt. Es können zwei Ebenen unterschieden werden:

- (a) die *Ebene der Rehabilitationsexpertin*: Welcher *Operationsmodus* steht zur Zeit im Vordergrund?
- (b) die *Ebene der Klientin*: Identifikation der vorherrschenden *Problem- oder Themenebene*.

Eine '*Sensibilisierung*' der Fachperson für erwerbliche Rehabilitationsberatung hinsichtlich der einzelnen Modi und Themenebenen stellt einen bedeutsamen Faktor für den Erfolg einer erwerblichen Rehabilitationsberatung dar. Bei der Darstellung der einzelnen Ebenen und ihres Zusammenhanges geht es um die inhärente Komplexität der Identifikation der Klientinnen und gleichzeitig anzumerken, dass sich der Problemschwerpunkt dramatisch verändern kann, wenn der jeweilige Themenschwerpunkt bzw. der Operationsmodus verändert wird.

Mit dem Begriff '*Operationsmodus*' werden in diesem Zusammenhang drei Beratungsmodelle im Rahmen der erwerblichen Rehabilitationsberatung zusammengefasst, mit denen unterschiedliche Annahmen bezüglich der Art der Unterstützung der zu beratenden Person, der Rolle der Fachperson für Rehabilitationsberatung und der Beratungssituation, die sowohl



durch die Beratungsexpertin als auch durch die Rehabilitandin definiert wird. Drei Operationsmodi können voneinander getrennt betrachtet werden, nämlich

- (a) der Modus der *Expertenperson* - sie steht als Vertreterin des Systems des erwerblichen Rehabilitationsrechts in exekutiver Position, weshalb sie der Klientin klar ihre Möglichkeiten und die Grenzen der erwerblichen Rehabilitation aufzeigt;
- (b) der Rolle des *Technikers* – hier werden unabhängig vom institutionellen Rahmen von ihm als nützlich erachtete *Lösungen verkauft* oder es werden *Techniken verkauft*, deren Handhabung ihm vertraut sind;
- (c) die Rolle der *Moderatorin* zwischen Invalidenversicherung und versicherter Person, wobei sie die Ressourcen der Klientin in einen Prozess einbezieht, den letztendlich sowohl Klientin als auch die rehabilitative Institution als hilfreich empfinden.

Der Hauptgrund für diese Unterscheidung liegt darin, dass sich die Fachperson für Rehabilitationsberatung von einem Augenblick zum anderen entscheiden muss, welche Rolle sie gerade inne hat. Alle drei Operationsmodi gehen davon aus, dass '*Hilfe*' im Sinne der '*Zur-Verfügung-Stellung von Veränderungswissen*' in Bezug auf die Veränderung eines zuvor problematisierten Zustandes in einen erwünschten Zustand die primäre Funktion der Beratung ist. Allerdings beruhen alle drei Operationsmodi auf grundverschiedenen Annahmen, was nun *Hilfe* in jeder gegebenen Situation konkret ausmacht. Gleichzeitig unterscheiden sie sich ausserordentlich in ihren möglichen Konsequenzen.

Während des Prozesses der erwerblichen Rehabilitation ist es für die Fachperson für Rehabilitation zudem notwendig, sich jederzeit über die Natur der im Vordergrund stehenden Problematik der versicherten Person, der eigentlichen *thematischen Ebene*, des '*persönlichen Betreffnisses*', bewusst zu werden. So werden im Rahmen dieser Arbeit folgende fünf thematische Ebenen unterschieden:

- (a) Themen auf *personaler Ebene* beziehen sich auf Problematiken hinsichtlich 'intrapyschischer' Gegebenheiten - die versicherte Person benötigt beispielsweise generelle Informationen (Hilfen im Sinne von *Veränderungswissen zur Personalgestaltung*) über ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten (Beispiel: "Wo liegen meine Stärken, wo meine Schwächen?")
- (b) Themen auf *interpersonaler Ebene* beinhalten Fragestellungen hinsichtlich der Beziehung zwischen mindestens zwei Personen, weshalb im Zentrum Hilfen im Sinne von *Veränderungswissen zur Beziehungsgestaltung* stehen, so beispielsweise zwischen versicherter Person und Familienangehörigen (Beispiel: „Wie steht Ihr Ehemann zu Ihrem Umschulungsprojekt?“)
- (c) Themen auf der *Ebene 'Person-Institution'* - im Vordergrund stehen Fragen zu den vorhandenen Ressourcen hinsichtlich einer konkreten Erwerbstätigkeit (*Veränderungswissen zur Aufgabengestaltung*) (Beispiel: "Genügt das Ausmass meiner Schlüsselqualifikationen, um Lokomotivführer werden zu können?")

- (d) Themen auf *institutioneller Ebene* betreffen Informationen hinsichtlich der Leistungen einer Institution (*Veränderungswissen zur Leistungsgestaltung*) - die versicherte Person wünscht sich beispielsweise Informationen über die Kostenbeteiligung bei einer Umschulung (Beispiel: "Ich möchte mich selbständig machen - in welcher Form kann mich die IV finanziell unterstützen?")
- (e) Themen auf der *inter-institutionellen Ebene* beinhalten Fragen zur Zusammenarbeit beispielsweise der Invalidenversicherung und der Arbeitslosenversicherung (*Veränderungswissen zur Kompetenzgestaltung*) (Beispiel: "Wer sichert mir mein Einkommen, sollte ich nach der Umschulung arbeitslos werden?")

Jede erwerbliche Rehabilitationsberatung beginnt mit einer versicherten Person, die die IV-Fachperson wegen ihrer Erwerbsunfähigkeit trifft. Dabei spielt es keine Rolle, ob die versicherte Person das durch die Invalidenversicherung vergebene zu bearbeitende Problem, nämlich die Abklärung ihrer Möglichkeiten zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben als das ihre betrachtet. So kann es durchaus sein, dass sie die Rehabilitationsexpertin lediglich deshalb aufsucht, weil sie durch die Verantwortlichen einer IV-Stelle dazu 'gezwungen' wurde und sie gar keine Umschulung wünscht, vielmehr als Ausdruck ihrer derzeitigen Lage vehement eine Berentung fordert. Um so dringlicher erscheint in diesem Fall die Identifikation der vorherrschenden thematischen Ebene und des im vorliegenden Fall angebrachten Operationsmodus. Setzt man nun die Operationsmodi zu den jeweiligen Themenebenen in Beziehung, ergeben sich 15 Interventionsmöglichkeiten (vgl. Abbildung 7.4.).

Die Fachperson für Rehabilitationsberatung muss sich einerseits jederzeit im klaren darüber sein, welcher *Operationsmodus* in der zur Zeit herrschenden Beratungssituation im Vordergrund steht, andererseits auch darüber, welche *thematische Ebene* für die versicherte Person zur Zeit im Zentrum liegt.

Der Modus der *Expertenperson* wird dadurch gekennzeichnet, "dass das Klientensystem ein Problem gleichsam an einen Berater (oder ein Berater-Team) delegiert und dann einen Lösungsvorschlag erwartet" (König & Volmer, 2000, S. 47). Dieser Modus bringt allerdings bloss dann den erwarteten Nutzen, wenn die versicherte Person ihre bio-psycho-soziale Lage bereits vor der erstmaligen Kontaktaufnahme mit der Fachperson für IV-Rehabilitationsberatung korrekt diagnostiziert und im Verlaufe des Erstkontaktes vollständig an die Expertenperson kommuniziert hat. In diesem Sinne kommt der IV-Expertenperson danach lediglich die Aufgabe zu, die erhaltenen Informationen der versicherten Person auf der Grundlage der durch die Invalidengesetzgebung definierten Leitplanken zu beurteilen und im Sinne eines 'Input-Output'-Vorgehens eine definitive Lösung festzulegen.

<b>Operationsmodus Themenebene</b>	<b>Expertenmodus</b>	<b>Technikermodus</b>	<b>Moderatorin</b>
<b>Personale Ebene</b>	<p><i>Grundlage:</i> Problem durch versicherte Person klar identifiziert</p> <p><i>Vorgehen:</i> Informationsweitergabe über allgemein notwendige Schlüsselqualifikationen hinsichtlich einer Umschulung, z.B. Deutschkenntnisse, beruflicher Abschluss. Expertin entscheidet über die Zumutbarkeit einer Umschulung / Eignungsabklärung</p> <p><i>Gestaltungsmöglichkeit:</i> aktive Personalgestaltung nicht möglich, da sich die Beurteilung am Status Quo der Fähigkeiten orientiert</p>	<p><i>Grundlage:</i> Problem durch versicherte Person nicht identifiziert</p> <p><i>Vorgehen:</i> allgemeine Klärung der Schlüsselqualifikationen durch die IV-Fachperson</p> <p><i>Gestaltungsmöglichkeit:</i> Personalgestaltung nach Anweisung der Fachperson möglich, kontinuierlicher Verbesserungsprozess nach den Richtlinien der Fachperson</p>	<p><i>Grundlage:</i> Problem weder von versicherter Person noch von Fachperson identifiziert</p> <p><i>Vorgehen:</i> Gemeinsame Erarbeitung des Ressourcenprofils der versicherten Person. Identifizierung der Ziele der versicherten Person</p> <p><i>Gestaltungsmöglichkeit:</i> Personalgestaltung möglich, versicherte Person entscheidet gemeinsam mit der Fachperson über Zielbefähigung</p>
<b>Interpersonale Ebene</b>	<p><i>Grundlage:</i> wie oben</p> <p><i>Vorgehen:</i> Informationsweitergabe über notwendige soziale Voraussetzungen hinsichtlich eines erfolgreichen beruflichen Abschlusses</p> <p><i>Gestaltungsmöglichkeit:</i> aktive Beziehungsgestaltung nicht möglich, da sich die Beurteilung am Status Quo der derzeitigen sozialen Lage orientiert</p>	<p><i>Grundlage:</i> wie oben</p> <p><i>Vorgehen:</i> Mediation, Gruppentherapie</p> <p><i>Gestaltungsmöglichkeit:</i> Beziehungsgestaltung nach Anweisung der Fachperson möglich, kontinuierlicher Verbesserungsprozess nach den Richtlinien der Fachperson</p>	<p><i>Grundlage:</i> wie oben</p> <p><i>Vorgehen:</i> Gemeinsame Erarbeitung des Sozialprofils der versicherten Person. Gemeinsame Erarbeitung eines optimalen sozialen Umfeldes für das Umschulungsprojekt</p> <p><i>Gestaltungsmöglichkeit:</i> Beziehungsgestaltung möglich, versicherte Person entscheidet gemeinsam mit der Fachperson</p>
<b>Ebene 'Person-Institution'</b>	<p><i>Grundlage:</i> wie oben</p> <p><i>Vorgehen:</i> Informationsweitergabe bezüglich erwünschtem und gefordertem Ausmass an Qualifikationen hinsichtlich einer konkreten Erwerbstätigkeit</p> <p><i>Gestaltungsmöglichkeit:</i> aktive Aufgabengestaltung nicht möglich, da sich die Beurteilung am Status Quo der derzeitigen Fähigkeiten und Fertigkeiten orientiert</p>	<p><i>Grundlage:</i> wie oben</p> <p><i>Vorgehen:</i> Abklärung der Schlüsselqualifikationen hinsichtlich einer konkreten Erwerbstätigkeit</p> <p><i>Gestaltungsmöglichkeit:</i> Aufgabengestaltung möglich im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses nach Anweisung der Fachperson</p>	<p><i>Grundlage:</i> wie oben</p> <p><i>Vorgehen:</i> Gemeinsame Erarbeitung des Ressourcenprofils hinsichtlich einer konkreten Erwerbstätigkeit; Gegenüberstellung der Ziele versicherten Person und der Invalidenversicherung</p> <p><i>Gestaltungsmöglichkeit:</i> Aufgabengestaltung möglich, versicherte Person entscheidet gemeinsam mit der Fachperson</p>
<b>Institutionelle Ebene</b>	<p><i>Grundlage:</i> wie oben</p> <p><i>Vorgehen:</i> Informationsweitergabe zu den Abklärungsmodalitäten der Invalidenversicherung, z.B. rechtliche Grundlagen</p> <p><i>Gestaltungsmöglichkeit:</i> aktive Leistungsgestaltung nicht möglich</p>	<p><i>Grundlage:</i> wie oben</p> <p><i>Vorgehen:</i> Beschaffung der notwendigen Informationen für einen Fallabschluss</p> <p><i>Gestaltungsmöglichkeit:</i> keine aktive Leistungsgestaltung möglich</p>	<p><i>Grundlage:</i> wie oben</p> <p><i>Vorgehen:</i> Gemeinsame Identifikation der Erfordernisse und Evaluation hinsichtlich einer sowohl für das Rehabilitationssystem als auch für die versicherte Person zufriedenstellenden Umschulungslösung</p>
<b>Inter-institutionelle Ebene</b>	<p><i>Grundlage:</i> wie oben</p> <p><i>Vorgehen:</i> Informationsweitergabe zur Zusammenarbeit unterschiedlicher interessierter Institutionen, z.B. IV und Arbeitslosenversicherung</p> <p><i>Gestaltungsmöglichkeit:</i> keine aktive Kompetenzgestaltung möglich</p>	<p><i>Grundlage:</i> wie oben</p> <p><i>Vorgehen:</i> Beschaffung der notwendigen Informationen für einen Fallabschluss bei den in das Umschulungsprojekt einbezogenen Institutionen</p> <p><i>Gestaltungsmöglichkeit:</i> keine aktive Kompetenzgestaltung möglich</p>	<p><i>Grundlage:</i> wie oben</p> <p><i>Vorgehen:</i> Gemeinsame Identifikation und Beschaffung der Informationen hinsichtlich des Umschulungsprojektes bei den einbezogenen Institutionen</p> <p><i>Gestaltungsmöglichkeit:</i> keine aktive Kompetenzgestaltung möglich</p>

Abbildung 7.4.: Operationsmodi und Themenebenen innerhalb einer Beratungssituation

Tatsächlich ist diese Vorgehensweise im Alltag einer Fachperson für IV-Berufs- und Laufbahnberatung nicht allzu selten anzutreffen:

Frau L. leidet an einer Mehlallergie, weshalb sie ihre erlernte Tätigkeit als Bäckerin nicht mehr ausüben kann. Während der ersten Beratungssequenz stellt sich ihr die Frage, ob die Invalidenversicherung die Ausbildungskosten für eine Umschulung zur Detailhandelsverkäuferin / Sportartikelverkäuferin übernimmt. Sie legt der Fachperson für IV-Berufs- und Laufbahnberatung eine ausführliche Beschreibung ihrer bisherigen schulischen und beruflichen Ausbildungen und Tätigkeiten vor. Gleichzeitig legt sie einen dementsprechenden Lehrvertrag und ein Schreiben des behandelnden Arztes vor, in dem die Unbedenklichkeit und die Zumutbarkeit der Ausübung dieser Ausbildung von medizinischer Seite her bescheinigt wird. Frau L. erwartet von der IV-Expertenperson eine klare Beurteilung ihres Umschulungsprojektes hinsichtlich ihrer Realitätsadaequanz und der Realisierungsmöglichkeit.

Frau L. steht beispielhaft für den *strebsam-zufriedenen Rehabilitationstyp*, der in ausgesprochen *handlungsorientierter* Weise seine derzeit problematische Lebenssituation mit Hilfe von *Ressourcen wie beispielsweise 'Eigeninitiative'* verändern will, wozu er nach vorheriger gründlicher Problemanalyse und Lösungssuche hinsichtlich ihrer erwerblichen Rehabilitation auf die Kompetenzen der Fachperson für IV-Berufs- und Laufbahnberatung als Vertreterin der Invalidenversicherung zurückgreift.

Frau L. erwartet implizit von der IV-Fachperson ein *Wissen über das IV-Verfahren*, das ihr insbesondere weiterhilft, ihre finanzielle Problematik während des gesamten Umschulungszeitraumes zu lösen. Die eigentliche *'Abklärungsphase der erwerblichen Eingliederungsmöglichkeiten'* scheint damit abgeschlossen zu sein: Die Klientin muss nun wegen ihrer 'Unwissenheit' *Vertrauen zum Veränderungswissen der IV-Expertenperson* - im vorliegenden Fall, da es sich um ein Thema auf der *Ebene 'Person-Institution'* handelt: zum *'Veränderungswissen hinsichtlich der Leistungsgestaltung'* - aufbauen, weil sie offenkundig davon abhängig ist, wie die IV-Fachperson ihr Umschulungsprojekt beurteilt ('evokative Individuum-Umwelt-Koordination'). Die Fachperson für IV-Berufs- und Laufbahnberatung fungiert als *'Expertin'* hinsichtlich der invalidenrechtlichen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme. Ihr Vertrauen kann im schlimmsten Fall durch eine negative Beurteilung ihres Projektes beeinträchtigt werden, weshalb sich die Frage stellt, ob Frau L. überhaupt über genügend Ressourcen verfügt, um Enttäuschungen dieser Art konstruktiv begegnen zu können (so wäre es beispielsweise aus Gründen der *Gleichwertigkeit der Berufsabschlüsse* der angestrebten Neuausbildung nicht möglich, dass die Invalidenversicherung die Kostenübernahme für die Umschulung einer Briefzustellerin zur Sonderpädagogin mit Universitätsabschluss gewährleistet, auch wenn der behandelnde Arzt die Ausübung der Tätigkeit als Sonderpädagogin aus medizinischer Sicht befürwortet). Lage- und Handlungsorientierung werden nach Kuhl (1994, 2000) durch eine *Sozialisation* gefördert, die den Umgang mit sozialen, moralischen und leistungsbezogenen Standards betont.

Gerade die Erziehung zur rigiden Einhaltung dieser Standards fördert eine lageorientierte Orientierung, weshalb bei Nicht-Erreichen solcher rigiden Standards als persönliches Versagen angesehen wird und dem 'Sünder' nachdrücklich vorgehalten werden wird. Situationsangemessene Ausnahmen von den Regeln werden nicht zugelassen. Das Auftreten von Hesitation als Ausdruck der Lageorientierung wird sowohl durch Vernachlässigung als auch durch Überbehütung begünstigt. Unter beiden Bedingungen hat das Kind wenig

Möglichkeiten, die Planung und Ausführung selbstbezogener Handlungen im Sinne einer 'aktiven Individuum-Umwelt-Koordination' einzuüben. Im Fall von Frau L. allerdings wären Ressourcen zur Verarbeitung einer derartigen Enttäuschung durchaus vorhanden gewesen. Ein ausschliessliches Vorgehen im *Expertenmodus* würde folgendermassen aussehen:

- auf der *Personalen Ebene*: Beurteilung der vorhandenen Informationen hinsichtlich ihres allgemeinen Nutzens für eine (noch nicht definierte) Umschulung. Die Expertin für Rehabilitationsberatung 'hilft' der versicherten Person, indem sie auf ihr *Wissen hinsichtlich allgemein nützlicher Schlüsselqualifikationen der Person unabhängig von der jeweiligen Erwerbstätigkeit* zurückgreift (= '*Veränderungswissen zur Personalgestaltung*'). Mit dem Begriff 'Schlüsselqualifikationen' werden in diesem Rahmen Merkmale bezeichnet, "die zur Bewältigung von gegenwärtigen oder zukünftigen beruflichen Anforderungen, welche über eine aktuelle Position oder Tätigkeit hinausgehen, bedeutsam sind" (Eilles-Matthiessen, el Hage, Janssen & Osterholz, 2002, S. 13). Letztlich wird die *Zumutbarkeit* einer Umschulung definitiv auf der Grundlage der vorgegebenen Informationen der versicherten Person durch die IV-Expertin festgelegt. Ein weiterer Schritt zur Veränderung ist implizit nicht vorgesehen, so dass die Frage der Zumutbarkeit einer Neuausbildung durch die IV-Expertin allein entweder mit einem 'Ja' oder einem 'Nein' beantwortet wird.
- auf der *interpersonalen Ebene*: Beurteilung des sozialen Umfeldes auf der Grundlage der Informationen der versicherten Person hinsichtlich ihres allgemeinen Nutzens für eine (noch nicht definierte) Umschulung. Die Expertin für Rehabilitationsberatung 'hilft' der versicherten Person, indem sie auf ihr *Wissen hinsichtlich nützlicher Beziehungsfaktoren für eine erfolgreiche Umschulung der Person* (so kann beispielsweise eine intakte familiäre Struktur als grundlegender prognostischer Faktor hinsichtlich eines erfolgreichen Abschlusses einer Handelsmittelschule betrachtet werden) *unabhängig von der jeweiligen Erwerbstätigkeit* zurückgreift, beispielsweise intakte familiäre Struktur (= '*Veränderungswissen zur Beziehungsgestaltung*'). Auch in diesem Fall gilt wiederum die definitive Beurteilung der Zumutbarkeit einer Neuausbildung allein durch die IV-Expertenperson.
- auf der *Ebene Person-Institution*: Beurteilung der vorgegebenen Informationen der versicherten Person zu einer konkreten Umschulungsidee in Bezug auf die Übereinstimmung mit den geforderten Schlüsselqualifikationen hinsichtlich eines erfolgreichen Abschlusses der Neuausbildung. Die Expertin greift auf ihr *Wissen hinsichtlich einzelner Berufe* zurück und beurteilt diese ohne Berücksichtigung der versicherten Person auf ihre Übereinstimmung hin (= '*Veränderungswissen zur Aufgabengestaltung*'). Die versicherte Person verfügt über kein 'Stimmrecht'.
- auf der *institutionellen Ebene*: Beurteilung der vorhandenen Informationen zur Ausbildungswahl der versicherten Person anhand der rechtlichen Grundlagen hinsichtlich der Möglichkeit der Kostenübernahme durch die Invalidenversicherung. Die IV-Expertenperson greift auf ihr *Wissen in Bezug auf die rechtlichen Grundlagen* zurück (= '*Veränderungswissen zur Leistungsgestaltung*'). Weder die versicherte Person noch die IV-Expertin verfügen über eine Gestaltungsmöglichkeit.
- auf der *inter-institutionellen Ebene*: Beurteilung der vorhandenen Informationen zu einer konkreten Umschulungsidee in Bezug auf die Übereinstimmung mit den Vorlagen und Kompetenzen anderer involvierter Institutionen, z.B. Militärversicherung oder Arbeitslosenversicherung. Die IV-Expertenperson beurteilt die Sachlage auf der Grundlage der jeweiligen rechtlichen Grundlagen (= '*Veränderungswissen zur Kompetenzgestaltung*'). Es liegen keine Gestaltungsmöglichkeiten von beiden Seiten vor.



Die Umsetzungsrate durch die IV-Expertin liegt in einem derartigen Idealfall bei 100 %.

Der *Modus* derjenigen Fachperson, die *Lösungen verkauft*, die sie für der Situation adaequat hält oder der *Verkauf von Techniken*, deren Handhabung ihr als Fachperson vertraut sind, kennzeichnet einen weiteren möglichen Operationsmodus. Während für das Beratungsmodell 'Expertenmodus' davon ausgegangen wurde, dass die versicherte Person ihre bio-psycho-soziale Lage bereits vor der Kontaktaufnahme mit der IV-Expertenperson exakt diagnostiziert und deshalb ausführlich kommunizieren geben konnte, gilt für den '*Technikermodus*', dass die versicherte Person weder fähig ist, ihre problematische Situation darzustellen, noch in der Lage ist, eine erwerblich-rehabilitative Lösung zu formulieren, weshalb sie sich von der Fachperson für IV-Berufs- und Laufbahnberatung durch eine 'Maschinerie von Programmen schleusen' lässt, das der IV-Expertenperson eine gründliche Analyse des Problems, einer fundierten Diagnose und einen konkreten Lösungsvorschlag erlaubt - ein klassisches Beispiel für das im Kapitel 4.2. erwähnte Modell der '*evokativen Individuum-Umwelt-Koordination*', wobei klarer als zuvor während der Diskussion des Expertenmodus die versicherte Person als passive Rezeptorin definiert wird, die nicht nur ihre Verantwortung für die Diagnostizierung ihres Problems der IV-Fachperson übergibt, sondern darüber hinaus auch annimmt, "dass jemand von draussen in die Situation geholt werden kann und in der Lage ist, die Probleme zu identifizieren und zu beheben" (Schein, 2003, S. 31).

Dem '*Technikermodus*' liegt gleichzeitig die Annahme der 'gleichsam unbegrenzten Veränderbarkeit des Menschen' (vgl. dazu König & Volmer, 2000, S. 14 f.) zugrunde: Auf der Grundlage des Reiz-Reaktions-Schemas *als Ausdruck der Überzeugung an die Allmacht des menschlichen Einflusses* (vgl. dazu die exzellenten Ausführungen von Dederich, 2000), das beispielsweise noch heute im Rahmen klassischer Verkaufstrainings angewendet wird, wird in genereller optimistischer Manier der versicherten Person die Fähigkeit zugesprochen, ihr Verhalten grundsätzlich zu verändern und den Erfordernissen der Arbeitswelt anzupassen. Während im 'Expertenmodus' der unveränderliche Status Quo ausschlaggebend für die Beurteilung der Zumutbarkeit einer Umschulung ist (entweder fällt die Beurteilung der IV-Expertenperson positiv im Sinne eines klaren 'Ja' aus, oder sie fällt negativ im Sinne eines klaren 'Nein' aus - die Beurteilung ist definitiv und unveränderlich), zeichnet sich die Beurteilung der IV-Expertenperson, die im '*Technikermodus*' arbeitet, durch ein "Ja, aber wenn Sie X verändern, dann ..." (im Sinne von: "Sie müssen nur Wollen, es liegt in Ihrer Hand!") aus, womit die potentielle *Anpassungsmöglichkeit* und gleichzeitig die *Anpassungsfähigkeit* der versicherten Person an die Erfordernisse der Arbeitswelt in optimistischer Art hervorgehoben wird.

Es erstaunt nicht, dass sich dieser beschriebene Operationsmodus in den meisten 'Abklärungsfällen' nahezu aufdrängt, sind doch die meisten versicherten Personen, die sich zwangsläufig bei der IV-Berufs- und Laufbahnberatung zur Abklärung ihrer erwerblichen Reintegrationsmöglichkeiten vorstellen *müssen*, vorerst kognitiv und emotional mit der Suche nach Informationen zur Erklärung ihrer aversiven Situation beschäftigt und deshalb kaum - wenn überhaupt - in der Lage, sich bereits zu diesem Zeitpunkt mit ihrer erwerblichen Zukunft und der konkreten Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit auseinander zu setzen. Da nun die Fachperson für IV-Berufs- und Laufbahnberatung ungeachtet der mutmasslichen Fähigkeit der Klientin zur empfohlenen Veränderung (denn: kann sie sich nicht anpassen, trägt sie selber die 'Schuld') zu einer definitiven erwerblich-rehabilitativen Entscheidung in Bezug auf sämtliche Themenebenen gezwungen ist, liegt die Entscheidungskompetenz letztlich in ihrer Hand, weshalb die versicherte Person ihrerseits gezwungen wird, diese *durch gänzlich fehlende Interdependenz getroffene Lokalisationsentscheidung* zu akzeptieren und gleichzeitig - wie bereits unter 7.1. dargestellt; vgl. auch Rousseau et al. (1998) - das *Risiko*

auf sich zu nehmen, verletzt zu werden, d.h. sich in ihren Bedürfnissen nicht verstanden und akzeptiert zu fühlen, damit das *Vertrauen in die Invalidenversicherung vollständig zu verlieren* und noch tiefer in Resignation und Ohnmacht zu versinken. Ein ausschliessliches Vorgehen im *Technikermodus* könnte folgendermassen aussehen:

- auf der *personalen Ebene*: Beurteilung der durchgeführten Testergebnisse hinsichtlich ihres allgemeinen Nutzens für eine (noch nicht definierte) Umschulung. Die Expertin für Rehabilitationsberatung 'hilft' der versicherten Person, indem sie auf ihr *Wissen hinsichtlich allgemein nützlicher Schlüsselqualifikationen der Person unabhängig von der jeweiligen Erwerbstätigkeit* zurückgreift (= '*Veränderungswissen zur Personalgestaltung*'). Die Expertenperson schlägt der versicherten Person vor, ihr Augenmerk auf eine oder mehrere bestimmte Schlüsselqualifikationen zu richten (z.B. "Erlernen Sie die deutsche Sprache") und diese im Hinblick auf ein zukünftiges Umschulungsprojekt weiter zu entwickeln. Die Frage der *Zumutbarkeit* wird dadurch beantwortet, dass das Ziel einer möglichen Umschulung nicht mehr im Sinne eines 'Nein' definitiv aufgegeben wird, sondern dem 'Nein ...' ein '*... aber wenn ...*' hinzugefügt wird. Insofern liegt zumindest eine gewisse *Gestaltungsfreiheit durch die versicherte Person* durchaus vor.
- auf der *interpersonalen Ebene*: Beurteilung des sozialen Umfeldes auf der Grundlage der Abklärungsergebnisse zu den sozialen Verhältnissen der versicherten Person hinsichtlich ihres allgemeinen Nutzens für eine (noch nicht definierte) Umschulung. Die Expertin für Rehabilitationsberatung beruft sich dabei wiederum auf ihr *Wissen hinsichtlich nützlicher Beziehungsfaktoren für eine erfolgreiche Umschulung einer Person unabhängig von der jeweiligen Erwerbstätigkeit*, um in einem weiteren Schritt der versicherten Person im Bedarfsfall vorzuschlagen, ihre Beziehungsstruktur vorerst zu klären und im Sinne der Vorschläge, beispielsweise im Rahmen einer Mediation, einer Paar- / Familien- oder Gruppentherapie zu verändern. (= '*Veränderungswissen zur Beziehungsgestaltung*'). Wiederum besteht eine gewisse *Gestaltungsfreiheit der versicherten Person* hinsichtlich ihrer Beziehungsstruktur.
- auf der *Ebene Person-Institution*: Beurteilung der Abklärungsergebnisse der IV-Expertenperson zur Frage der Möglichkeit einer Umschulung in eine zuvor definierte Erwerbstätigkeit. Vergleich der für die Ausübung dieser Erwerbstätigkeit notwendigen Qualifikationen mit den vorhandenen Qualifikationen hinsichtlich eines erfolgreichen Abschlusses. Die IV-Expertin greift für die Beantwortung der Frage der *Zumutbarkeit* deshalb auf ihr *Wissen zu einzelnen Berufen* zurück (= '*Veränderungswissen zur Aufgabengestaltung*'). Sie teilt der versicherten Person im Sinne der angenommenen *Gestaltungsfreiheit* die festgestellten Inkongruenzen mit und schlägt ihr vor, ihre Qualifikationsstruktur zu verändern und den Notwendigkeiten anzupassen.
- auf der *institutionellen Ebene*: Beurteilung der Abklärungsergebnisse zur Ausbildungswahl der versicherten Person auf der Grundlage der rechtlichen Grundlagen hinsichtlich der Möglichkeit der Kostenübernahme durch die Invalidenversicherung. Die IV-Expertenperson greift auf ihr *Wissen in Bezug auf die rechtlichen Grundlagen* zurück (= '*Veränderungswissen zur Leistungsgestaltung*'). Allerdings verfügen weder die versicherte Person noch die IV-Expertin hierzu über eine Gestaltungsmöglichkeit. Eine Möglichkeit der *Gestaltungsfreiheit* liegt allerdings darin, dass die versicherte Person die Möglichkeiten hat, ihr Umschulungsziel so zu verändern, dass letztlich sämtliche Kosten durch die Invalidenversicherung getragen werden.
- auf der *inter-institutionellen Ebene*: Beurteilung der Abklärungsergebnisse der IV-Fachperson zu einer konkreten Umschulungsidee hinsichtlich der Übereinstimmung mit den Vorlagen und Kompetenzen anderer involvierter Institutionen, z.B. Militärversicherung oder Arbeitslosenversicherung. Die IV-Ex-

pertenperson beurteilt die Sachlage auf der Grundlage der jeweiligen rechtlichen Grundlagen (= '*Veränderungswissen zur Kompetenzgestaltung*'). Es liegen keine *Gestaltungsmöglichkeiten* von beiden Seiten vor. Wie bei der Darstellung des Vorgehens auf der 'institutionellen Ebene' kann die Expertin der versicherten Person im Bedarfsfall vorschlagen, ihr Ausbildungsziel im Sinne der involvierten Institutionen zu verändern.

Auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie bergen implizit die Gefahr, im Verlauf der erwerblichen Abklärung als faktische Grundlage für *Lokalisationsentscheidungen* herangezogen werden zu können. So würde man beispielsweise Klientinnen mit lageorientierten Persönlichkeitszügen von Berufen mit hohen Belastungen eher abraten oder handlungsorientierte Klientinnen für Positionen mit freien Gestaltungsmöglichkeiten empfehlen ('*Expertenmodus*'), oder aber einer resignativ-unzufriedenen Klientin vorschlagen, 'sich zusammen zu reißen' und aktiv auf die Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle zu gehen, wobei bezüglich der formalen und inhaltlichen Charakteristika dieser Tätigkeit zwar genaue Anweisungen gegeben wurden ("leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit der Möglichkeit, im Rahmen der ganztägigen Beschäftigung alle zwei Stunden eine fünf Minuten dauernde Pause einlegen zu können, beispielsweise in einem Magazin") ('*Technikermodus*').

Ein solches Vorgehen stösst allerdings an *technische und vor allem an ethische Grenzen* (vgl. Dederich, 2000). Auch wenn man als Argumentation zur Ablehnung dieses Vorgehens darauf hinweist, dass - zumindest nach Wissen des Autors - zum heutigen Zeitpunkt keine Testverfahren existieren, die diese Persönlichkeitszüge exakt messen würden (so sind beispielsweise die Masse der Interitemkonsistenz z.B. des HAKEMP-90, Kuhl, 1990, nicht so hoch, dass sie eine ausreichend zuverlässige, *individuelle* Messung erlauben würden; vgl. Kuhl, 1994), so sollten gerade diagnostische Testverfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen lediglich nach gründlicher Aufklärung der Betroffenen über die Verfahren und mit ihrem Einverständnis angewendet werden, wenn die Ergebnisse später zur Grundlage von – möglicherweise auch nachteiligen – Personalentscheidungen gemacht werden. Unter solchen Bedingungen ist jedoch eine zweckgemässe Messung nur sehr eingeschränkt möglich.

Eine dritte Möglichkeit der Positionierung der IV-Expertenperson während des Rehabilitationsprozesses besteht in der Übernahme der Rolle der *Moderatorin* zwischen Invalidenversicherung und versicherter Person, womit implizit davon ausgegangen wird, dass weder die versicherte Person genau weiss, welche Bedürfnisse sie hat und in welcher Form ihr eine IV-Fachperson Hilfe anbieten kann, noch der IV-Fachperson genau bekannt ist, welche Bedürfnisse die versicherte Person hinsichtlich der Rehabilitation ihrer Teilnahmefähigkeiten am gesamtgesellschaftlichen und insbesondere am Erwerbsleben hat.

Die Fachperson für IV-Berufs- und Laufbahnberatung befindet sich in einem Zustand des '*Unwissens*' (Schein, 2003, S.30), weshalb sie aufgefordert ist, die Klientin im Sinne einer '*aktiven Individuum-Umwelt-Koordination*' dahingehend zu unterstützen, in einem ersten Schritt das aktuell vorherrschende Thema zu identifizieren, ihre Erwartungen an die erwerbliche Rehabilitation zu klären, ihr erwerbliches Rehabilitationsziel zu identifizieren und ihr Informationen zur (Er-)Klärung ihrer belastenden Situation zu beschaffen, um sie mit Hilfe ihres eigenen noch zu identifizierenden und evaluierenden Ressourcenpotentials positiv beeinflussen zu können (vgl. auch Wyer & Carlston, 1979) (*klärungsorientierte Rehabilitationsphase*). Zu dieser *an die realen Bedingungen anknüpfende Phase* gehören auch Fragen zur Identifizierung des differentiellen Rehabilitationstyps einerseits und des vorherrschenden Orientierungsmodus andererseits und der Möglichkeiten ihrer Beeinflussung auf dem Hintergrund der Frage der erwerblichen Rehabilitation.

Als Zweck der klärungsorientierten Rehabilitationsphase gilt die Identifizierung notwendiger Informationen sowohl für die Klientin als auch für die IV-Fachperson hinsichtlich des eigentlichen Rehabilitationsziels, nämlich einerseits die effektive Auseinandersetzung mit dem Projekt 'Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit' und letztlich die tatsächliche *Phase der Realisierung* der erwerblichen Reintegration, die im Rahmen eines zweiten Schrittes stattfinden (*lösungsorientierte Rehabilitationsphase*). Dass dieser Vorschlag zur evolutionären Weiterentwicklung des erwerblichen Rehabilitationsverfahrens nicht neu ist, zeigen Bemerkungen von Brown & Brooks (1985) (vgl. auch Savickas & Spokane, 1999, S. 377), die interessanterweise bei der (öffentlichen) Berufsberatung von schwierigen Gruppen – in ihrem Falle von Arbeitslosen – vermehrt einen dynamischen Prozess zwischen beruflicher und psychologischer Beratung sehen. Ebenso findet sich die Unterscheidung zwischen klärungsorientierten und bewältigungsorientierten Therapieformen in der modernen Psychotherapie (vgl. Grawe, 2000). Im Hinblick auf die Betreuung hinsichtlich der erwerblichen Rehabilitation weist dies zunächst einmal für die Wichtigkeit hin, gleichzeitig zur Anwendung systematischer und standardisierter Erhebungsverfahren hinaus einen Einblick in die komplizierten individuellen Bewältigungsprozesse zu suchen und sie gemeinsam mit der Klientin zu erarbeiten. So sollte beispielsweise vor einer Neigungsabklärung zunächst einmal das Verständnis des bio-psycho-sozialen Bewältigungsprozesses und die Identifikation der Bedürfnisse und der eigentlichen Absicht der Klientin stehen.

Hier wird das intensive Bemühen um Verstehen, Respektieren und Miteinbeziehen des Bewältigungsmodus zum wichtigen Gegenpol, um die Einsichtsmöglichkeiten und die Kooperationsbereitschaft der Klientin nicht zu überfordern. Denn gerade bei Menschen mit einer Behinderung besteht häufig die Gefahr, dass ganz offensichtliche kognitive und affektive Folgen der dualen Einschränkung von Expertenpersonen bloss auf der Symptomebene aufgefasst und bewertet werden. Ein typisches Beispiel für Konflikte, die auf diesem Wege eventuell vermeidbar wären, zeigt sich darin, dass es für viele Menschen mit einer dualen Beeinträchtigung ('körperlich-funktionell' und 'erwerbsmässig') schwierig ist, den Sinn mancher funktionaler berufsberaterischer Massnahmen anzuerkennen und sie mit den Anforderungen ihres Lebens in Einklang zu bringen. Hier liegt oft die Quelle von Kränkungen und dem Gefühl, nicht ernst genommen zu werden und nicht anerkannt zu sein als der Mensch, der man mit seiner früheren Kompetenzen auch einmal war.

Bossong (1999) und Kuhl (2001) konnten gerade die Bedeutsamkeit von Prozessen der Handlungs- und Lageorientierung für die Bewältigung kritischer Lebensereignisse nachweisen. Sie gehen davon aus, dass das Eintreten eines kritischen Lebensereignisses mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Lageorientierung führt: Je dringlicher eine erforderliche Handlung ist, desto mehr neigen Individuen auch dazu, exzessiv über verschiedene Handlungsalternativen oder über mögliche Konsequenzen nachzudenken. Das exzessive Abwägen von Handlungsalternativen erhöht allerdings nicht die Effektivität der Realisierung, sondern hat die Degeneration der Handlungsabsicht zur Folge, und das Individuum handelt wahrscheinlich eher in lageorientierter Weise.

Für sämtliche Untersuchungsgruppen der vorliegenden Studie hat sich der kognitive Anteil eines Bewältigungsversuchs als bedeutsames Charakteristikum herausgestellt. Das selbe Ergebnis ergab sich erstaunlicherweise auch im Rahmen einer ähnlich gelagerten Studie von Thomas (1991), worin die psychische Reaktion auf Stress während einer Umschulung – allerdings nicht im Sinne der Invalidengesetzgebung – bei weiblichen Probandinnen gemessen wurde: Für sämtliche Alterskategorien (21 bis 50 Jahre) konnte im Anforderungsbereich ‚berufliche Umschulung‘ die kognitive Leistung als dominierende



Reaktion ausgemacht werden. Diese Reaktionen beziehen sich jedoch in Anlehnung an die Theorie von Thoma (1968) vermehrt auf den konkreten Einsatz kognitiver Prozesse, in der Erweiterung und Vertiefung von Kenntnissen, somit auch für Prüfungen und Hausaufgaben. Die kognitiven Prozesse wurden erfasst als „(...) Denken, aktivem Lernen, sich konzentrieren, Lesen oder andere Arten kognitiver Prozesse oder anderer Umschreibungen (...)“ (Thoma, 1968, S. 59). Die durch die vorliegende Untersuchung erzielten Ergebnisse können nicht direkt mit denjenigen der obigen Untersuchung verglichen werden. Doch scheint es dem Autor von Bedeutung, darauf hinzuweisen, dass kognitiv ausgerichtete Bewältigungsversuche einen bedeutsamen Stellenwert einnehmen. Erst in einem weiteren Schritt kann in konkreter Weise handlungsbezogen vorgegangen werden.

*Der jeweiligen Situation angepasste Flexibilität* wird Gewicht auf den Umgang mit Standards legen. Kuhl (1994, 2000) weist auf eine Möglichkeit der Reaktion auf 'Standardverfehlungen' hin: So sollten negative Sanktionen massvoll, nicht moralisierend und zeitlich begrenzt sein. Die Ausführung von Handlungsplänen versicherter Personen soll unterstützt werden, z.B. durch die Schaffung von Freiräumen und dem Verzicht auf starre und einengende Tagesroutinen. Auch bei einem überdauernden Repertoire an Bewältigungsformen ist ein *kompensatorisches Training* zur Modifikation einzelner Erscheinungsformen möglich. In der klinischen Psychologie lassen sich Ansätze finden, die auf eine Reduktion lageorientierter und auf eine Förderung handlungsorientierter Aktivitäten abzielen, z.B. bei sogenannten *Stressimpfungen* (*stress inoculation training*), Meichenbaum, 1985; Meichenbaum & Deffenbacher, 1988).

Nicht zuletzt wird in der Sozialisation zu Berufsbereichen, wo schnelle Verarbeitung von Misserfolgen, rasche Entscheidungen und unverzügliche Handlungsinitiativen essentiell sind, ein handlungsorientiert geprägter Zugang gezielt gefördert, z.B. eine erhöhte Emotionskontrolle durch innere Distanzierung vom Leid eines Klienten oder Patienten bei medizinischem Personal oder durch Einübung eines Zeitmanagements bei Führungskräften der Wirtschaft. Durch die *Gestaltung der Rehabilitationssituation* könnten bei stark lageorientiert ausgerichteten Klientinnen auftretende Schwierigkeiten kompensiert werden. So kann es beispielsweise bei einer lageorientierten Klientin in der IV-Berufs- und Laufbahnberatung einen wesentlichen Unterschied ausmachen, ob sie sich allein oder in einer Gruppe auf eine mögliche Umschulung vorbereitet. Im letzten Fall übernehmen die anderen Mitglieder einen Teil der Handlungskontrolle, die die Betreffende allein nicht leisten kann. Diese Möglichkeit der Intervention knüpft an die Ergebnisse einer Studie von Lazarus & Folkman (1988) an, die ergab, dass in der Verringerung aversiver Gefühle eine Kombination folgender Massnahme nützlich ist:

1. Begrenzung der bewussten, gedanklichen Auseinandersetzung mit bedrohlichen Inhalten
2. Hinwendung der Aufmerksamkeit auf neue und adaptive Tätigkeiten.

Ein solches *kompensatorisches Training* ist im derzeit geltenden Rahmen der IV-Berufs- und Laufbahnberatung nicht vorgesehen: Ihre Durchführung lässt sich invalidenversicherungsrechtlich nicht rechtfertigen, handelt es sich doch beispielsweise bei einer angepasst-pflichtbewussten Rehabilitationshaltung nicht um eine 'behinderungsbedingte Einschränkung der Erwerbsfähigkeit', sondern um einen 'invaliditätsfremden' bzw. nicht "invaliditätsbegründenden Faktor" (Murer & Stauffer, 1997, S. 10). Wie allerdings bereits hinlänglich dargestellt, hat diese Grundhaltung natürlich einen bedeutsamen Einfluss auf den voraussichtlichen Erfolg einer jeden Rehabilitationsmassnahme: Anspruch auf Massnahmen beruflicher Art setzt jedoch immer bloss voraus, dass die Klientin oder der Klient über die



erforderlichen schulischen, intellektuellen Grundvoraussetzungen für einen erfolgversprechenden Beginn einer beruflichen Massnahme erfüllt (Murer & Stauffer, 1997, S. 15) – mehr wird nicht vorausgesetzt.

Wie kann sich das *soziale Umfeld als potentielle Unterstützung bei den Bewältigungsversuchen* im Sinne der '*Beziehungsgestaltung auf interpersonaler Ebene*' auswirken? Von unterschiedlichen Autoren ist die Unterstützung durch das soziale Umfeld mehrmals als Moderator für Lebensstress bestätigt worden (vgl. z.B. Cobb, 1976). Von Thomas (1991) wird hingegen in zutreffender Weise bemerkt, dass das private Umfeld nicht notwendigerweise Interesse an einer weiteren Teilnahme von Frauen an der Umschulung bzw. an der Weiterbildung hat. Hier spielen vermutlich Gründe mit, die rein auf die frauenspezifische Situation zutreffen, also beispielsweise die Besorgung des Haushaltes, die Betreuung der Kinder usw. Während einer Umschulung sind die Ehefrauen nicht mehr zeitlich durchgängig verfügbar, müssen beispielsweise auch am Wochenende lernen usw. In diesem Zusammenhang wäre es interessant zu erfahren, ob die positive Unterstützung, die sich in dieser ersten Phase der beruflichen Orientierung in der vorliegenden Untersuchung oftmals gezeigt hat, bei einer allfälligen Umschulung den positiv unterstützenden Charakter beibehalten hat.

Für die Praxis der erwerblichen Rehabilitation ist es sinnvoll, die Reaktionen des sozialen Umfeldes und vor allem der Lebenspartner bezüglich einer beruflichen Neuorientierung zu kennen oder zumindest anzusprechen. Im ungünstigen Falle, wenn also die nächsten Angehörigen ein verhinderndes Potential bilden sollten, könnten gemeinsame rehabilitative Gespräche unter Berücksichtigung des sozialen Umfeldes eine positive Wirkung auf den Bewältigungsverlauf haben und wären als einführende Massnahme indiziert.

*Planvolles Problemlösen* war in der Studie von Lazarus & Folkman (1988) der Bewältigungsmechanismus, der am zuverlässigsten und wirksamsten zu einer Reduzierung sich negativ auswirkender Bewältigungsversuche in Belastungssituationen führte. Dabei scheint es noch nicht einmal notwendig zu sein, dass die entsprechenden, problemorientierten Handlungen tatsächlich ausgeführt werden. Allein die gedankliche Vorwegnahme einer solchen, die Bedrohung reduzierenden Tätigkeit, scheint emotionale Erleichterung zu verschaffen. Ganz allgemein dürften klar durchstrukturierte und mit direkten Hinweisen, Handlungsanweisungen und Kontrollen versehene Umwelten lageorientiert ausgerichtete Klientinnen eher entgegenkommen, während handlungsorientiert ausgerichtete Klientinnen offene und gestaltbare Situationen besser nutzen können. Das schweizerische Universitätssystem, das im Vergleich zu den Bedingungen in anderen Ländern relativ grosse Freiräume gewährt, wäre demnach für lageorientiert Ausgerichtete eher suboptimal.

Ein Vorgehen im *Modus der Moderatorin* könnte folgendermassen aussehen:

- auf der *personalen Ebene*: Gemeinsame Beurteilung der durchgeführten Abklärungsergebnisse hinsichtlich ihres allgemeinen Nutzens für eine (noch nicht definierte) Umschulung. Die Expertin für Rehabilitationsberatung 'hilft' bzw. 'unterstützt' dabei die versicherte Person, indem sie auf ihr *Wissen und ihre Informationsquellen hinsichtlich allgemein nützlicher Schlüsselqualifikationen der Person unabhängig von der jeweiligen Erwerbstätigkeit* zurückgreift (= '*Veränderungswissen zur Personalgestaltung*'). Die versicherte Person wird von der IV-Expertin unterstützt, ihr gesamtgesellschaftliches und insbesondere ihr erwerbliches Rehabilitationsziel festzulegen. Gemeinsam wird im Hinblick auf die erwerbliche Rehabilitation ein Ressourcenprofil der versicherten Person erstellt, potentiell hinderliche Variablen und Veränderungsmöglichkeiten identifiziert. Die Frage der *Zumut-*

barkeit wird im Rahmen der Rehabilitationsberatung gemeinsam erörtert. Es existiert im Rahmen des gegenseitigen Vertrauens und der Zusammenarbeit ein grosses Potential an *Gestaltungsfreiheit* sowohl für die IV-Expertenperson als auch für die versicherte Person.

- auf der *interpersonalen Ebene*: Gemeinsame Beurteilung des Potentials der Beziehungs- / Sozialressourcen der versicherten Person hinsichtlich ihres allgemeinen Nutzens für eine (noch nicht definierte) Umschulung. Die Expertin für Rehabilitationsberatung bringt hierbei ihr empirisch fundiertes Wissen (= '*Veränderungswissen zur Beziehungsgestaltung*') bezüglich *nützlicher Beziehungsfaktoren für eine erfolgreiche Umschulung einer Person unabhängig von der jeweiligen Erwerbstätigkeit*, um in einem weiteren Schritt mit der versicherten Person im Bedarfsfall gemeinsam Veränderungsmöglichkeiten zu identifizieren, beispielsweise im Rahmen einer Mediation, einer Paar- / Familien- oder Gruppentherapie. Wiederum besteht eine grosse *Gestaltungsfreiheit* sowohl der versicherten Person als auch der IV-Expertenperson.
- auf der *Ebene Person-Institution*: Erneut gemeinsame Beurteilung der Möglichkeit einer Umschulung in eine von der versicherten Person definierten alternativen Erwerbstätigkeit. Gemeinsamer Vergleich der für die Ausübung dieser Erwerbstätigkeit notwendigen Qualifikationen mit den vorhandenen Qualifikationen hinsichtlich eines erfolgreichen Abschlusses. Die IV-Expertin greift für die Beantwortung der Frage der Zumutbarkeit auf ihre *Informationen zu einzelnen Berufen* zurück (= '*Veränderungswissen zur Aufgabengestaltung*'). Sie bearbeitet gemeinsam mit der versicherten Person im Sinne der beidseitigen *Gestaltungsfreiheit* bestehende Inkongruenzen und erarbeitet hierzu gleichzeitig nützliche Veränderungsmöglichkeiten.
- auf der *institutionellen Ebene*: Wiederum gemeinsame Beurteilung der Ausbildungswahl der versicherten Person auf der Grundlage des Invalidenrechts hinsichtlich der Möglichkeit der Kostenübernahme durch die Invalidenversicherung. Die IV-Expertenperson stellt ihr *Wissen bzw. ihre Informationen in Bezug auf die rechtlichen Grundlagen* zur Verfügung (= '*Veränderungswissen zur Leistungsgestaltung*'). Eine Möglichkeit der Gestaltung des Invalidenrechts ist nicht vorhanden, allerdings besteht eine Möglichkeit der *Gestaltungsfreiheit* darin, dass die versicherte Person die Möglichkeit hat, ihr Umschulungsziel selber so zu verändern, dass letztlich im Idealfall sämtliche Kosten durch die Invalidenversicherung getragen werden.
- auf der *inter-institutionellen Ebene*: Gemeinsame Beurteilung des konkreten Umschulungsprojektes hinsichtlich der Übereinstimmung mit den rechtlichen Vorlagen und Kompetenzen anderer involvierter Institutionen, z.B. Militärversicherung oder Arbeitslosenversicherung. Die IV-Expertenperson beurteilt gemeinsam mit der versicherten Person die Sachlage auf der Basis der jeweiligen rechtlichen Grundlagen (= '*Veränderungswissen zur Kompetenzgestaltung*'). Es liegen insofern keine *Gestaltungsmöglichkeiten* für beide Seiten vor, als die rechtlichen Vorlagen unveränderlich sind. Hingegen steht es der versicherten Person frei, ihr Umschulungsziel derart zu verändern, dass den rechtlichen Grundlagen sämtlicher involvierter Institutionen Genüge getan werden kann.

Es lassen sich nun auf der Grundlage der vorhergehenden Ausführungen zusammenfassend drei Ansatzpunkte einer evolutionär ausgerichteten Weiterentwicklung der erwerblichen Rehabilitationsberatung darstellen:

**Anforderung 5:** Erwerbliche Rehabilitationsberatung erfordert eine fortwährende Sensibilisierung hinsichtlich des jeweils bestehenden *Operationsmodus* (*Expertenmodus, Technikermodus oder Moderator*). Jeder Operationsmodus verbindet sich mit Vorgehensweisen, die der jeweiligen Beratungssituation adäquat und den vorherrschenden Bedürfnissen der Rehabilitandin angepasst sind.

**Anforderung 6:** Eine optimale Rehabilitationsberatung unterscheidet sinnvollerweise zwischen *klärungsorientierter* und *bewältigungsorientierter Rehabilitationsphase*. Während in der klärungsorientierten Phase Bedürfnisse, Absichten und die Festlegung eines erwerblichen Rehabilitationsziels der Rehabilitandin im Vordergrund stehen sollen, werden im Rahmen der bewältigungsorientierten Rehabilitationsphase die notwendigen Schritte festgelegt und Massnahmen identifiziert, damit das Rehabilitationsziel durch die Rehabilitandin erreicht werden kann.

**Anforderung 7:** Erwerbliche Rehabilitationsberatung erfordert je nach *Themen-ebene* eine Unterscheidung verschiedener Klientenrollen mit unterschiedlichen *Gestaltungsmöglichkeiten*, nämlich *personale Ebene* (*Personalgestaltung*), *inter-personale Ebene* (*Beziehungsgestaltung*), *Ebene 'Person-Institution'* (*Aufgaben-gestaltung*), *'institutionelle Ebene* (*Leistungsgestaltung*) und *inter-institutionelle Themenebene* (*Kompetenzgestaltung*). Je nach Gestaltungsmöglichkeit wird unterschiedliches Veränderungswissen angewendet.

An diesem Punkt lässt sich letztlich nun der wichtigste Beitrag der Sozialwissenschaften und insbesondere der Sonderpädagogik zum gesamten Problemkomplex der erwerblichen Rehabilitation deutlich machen. *'Invalidität'* im rehabilitationsrechtlichen Sinne ist per se bei weitem keine objektive Tatsache, sondern sowohl ein biologischer als auch ein psychischer und sozialer Prozess, zu dessen Konstruktion sowohl gesellschaftliche und rechtliche Bewertungen und Zuschreibungen, Benachteiligungen und Ausgrenzung wesentlich beitragen. Ein Verständnis dessen, was Invalidität - und letztlich die Wiederherstellung der Teilnahmemöglichkeiten an sämtlichen Lebensbereichen - ist, erfordert mit anderen Worten eine mehrdimensionale, kontextuelle Sichtweise. Diese Sichtweise nimmt das Individuum mit seinen Ausgangsvoraussetzungen und individuellen Möglichkeiten und Schwierigkeiten ebenso ins Blickfeld wie seine Lebens- und Erwerbsbiografie, seine Sozialisationserfahrungen, seine Lebenswelt und das Geflecht gesellschaftlicher Institutionen wie das Rehabilitationsrecht (z.B. ist hier an die Ökonomie und deren Auswirkungen auf das System der Behindertenhilfe zu denken), in die sein Leben eingebettet ist und die daher, wie auch immer vermittelt, für seine Entwicklung wichtige Einfluss- und Bestimmungsgrößen sind.

In diesem Zusammenhang werden Rehabilitationsberatung und Unterstützung zur Eigenverantwortung in ihrer zentralen Relevanz für die in der vorliegenden Studie im Zentrum liegenden problematisierten erwerblichen Rehabilitation sichtbar. In anthropologischer Hinsicht wurde gezeigt, dass ein Mensch in seiner Leiblichkeit von Anfang an in personalen und sozialen Verflechtungszusammenhängen lebt: Die Herausbildung und Differenzierung seiner Subjektivität ist untrennbar mit intersubjektiven Strukturen und Prozessen verbunden. Das, was ein Mensch während des Rehabilitationsprozesses im Rahmen des ihm Möglichen an Eigenschaften, Fähigkeiten und Kompetenzen entwickelt, ist in nicht zu unterschätzendem Mass davon abhängig, welche Entwicklungs-, Lern- und Bildungschancen ihm von Seiten nicht nur der Fachpersonen für Rehabilitation, sondern auch von formaler, rehabilitationsrechtlicher Seite eingeräumt werden. Deshalb ist es nicht bloss

von Bedeutung, auf die empirische Feststellbarkeit einer ja bereits von Anfang an sich zeigenden Intersubjektivität in Bezug auf Strukturen und Prozesse zu verweisen, sondern auch, Intersubjektivität dort zu unterstellen, wo sie nicht auf den ersten Blick erkennbar ist, nämlich in der Auseinandersetzung mit der erwerblichen Rehabilitation. Unterstellte Fähigkeit zur erwerblichen Rehabilitation ist Voraussetzung dafür, dass sich erst noch entwickeln und so zum Vorschein kommen kann, was sich nicht unbedingt auf den ersten Blick zeigt, sondern unterschiedlicher äusserer Bezugspunkte und Anregungen bedarf, um sich entfalten zu können. In diesem Sinne sollen diese Überlegungen ein Plädoyer dafür sein, etwas davon im Rahmen der Rehabilitation zuzulassen, was Weinstein (1980) *unrealistischer Optimismus* oder auch *optimistischer Fehlschluss* benennt und der Autor der vorliegenden Studie als 'gegen die Wirklichkeit andenken' bezeichnet, nämlich die Überschätzung der Rehabilitationsmöglichkeiten des Anderen.

Wie beispielsweise Antor (1991) bereits bemerkte, muss ein Plädoyer für das Lebens- und Integrationsrecht aller Menschen - an dessen prinzipieller Gültigkeit auch das Eintreten für die Möglichkeit kontextsensitiver Einzelfallunterscheidungen nichts ändert - genau diese Zusammenhänge systematisch reflektieren. In diesem Sinne darf gerade Rehabilitation ebenso wenig wie Persönlichkeit an starre Massstäbe gebunden werden, die eine untere Grenze der Weiterentwicklung festschreiben, denn "es gibt keine Dispositionen, aus denen man zweifelsfrei auf eine fehlende Bildbarkeit rückschliessen könnte" (Antor & Bleidick, 1998, S. 96). Vielmehr ist von der Rehabilitationsfähigkeit jedes Menschen auszugehen, unabhängig von individuellen Voraussetzungen und Lebensumständen. analog hierzu ist Persönlichkeit nicht erst durch bestimmte nachzuweisende kognitive oder intellektuelle Fähigkeiten oder Leistungen bestimmt, sondern sie kommt jedem Mitglied der Gattung Mensch zu. Eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung einer neuen Kultur der Verantwortung ist eine Situation der Nähe und des Vertrauens zwischen Menschen. Wie Bauman (1995) schreibt, verschwindet Verantwortung, "sobald Nähe", und damit auch Vertrauen "nicht mehr besteht, und kann sogar durch Ressentiments ersetzt werden, wenn der Mitmensch in den Fremden transformiert wird" (S. 198) - eine bedauernswerte Tatsache, die der Autor beinahe täglich während seiner rehabilitativen Beratungstätigkeit erleben muss. Dies bedeutet umgekehrt: Die Bewahrung oder Wiederherstellung von Nähe und Vertrauen ist gleichbedeutend mit einer Stärkung der Sphäre der Moral. Dies aber kann nur in einem am Prinzip der Integration orientierten sozialen, gesellschaftlichen und rehabilitationspolitischen Kontext geschehen, der mit den notwendigen rechtlichen Absicherungen gekoppelt ist und in dem das Prinzip der Wahrnehmung und Anerkennung des Anderen grundlegend ist.

Erst wenn dies auf breiter gesellschaftlicher Ebene Zustimmung findet, sind die Gefahren gebannt, die durch eine einseitig auf erwerbsbezogene Defizite ausgerichtete erwerbliche Rehabilitationspraxis hervorgerufen werden.





## Literaturverzeichnis

*(formale Gestaltung des Literaturverzeichnisses auf der Grundlage der 'Richtlinien zur Manuskriptgestaltung' der Deutschen Gesellschaft für Psychologie DGP)*

Abele, A. & Becker, P. (Hrsg.) (1991). Wohlbefinden: Theorie – Empirie – Diagnostik. Weinheim und München: Juventa

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74

AHI-Praxis (Alter, Hinterbliebenen und Invalidität) (3/1977). Bern: Bundesamt für Sozialversicherung

AHI-Praxis (Alter, Hinterbliebenen und Invalidität) (4/1999). Bern: Bundesamt für Sozialversicherung

Altheide, D.L. & Johnson, J.M. (1994). Criteria for Assessing Validity in Qualitative Research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), Handbook of Qualitative Research (pp. 485-499). Thousand Oaks: Sage

Anderson, J.R. (1996). Kognitive Psychologie. Heidelberg, Berlin: Spektrum akademischer Verlag

Andersson, G.B.J., Svensson, H.O. & Oden, F. (1993). The Intensity of Work Recovery in Low Back Pain. Spine, 8, 880-884

Angermann, D. & Deschler, H. (1991). Results of statutory rehabilitation measures in Germany. International Journal of Rehabilitation Research, 14, 195-202

Antonowsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass

Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass

Antor, G. (1991). Ethische Fragen in der pädagogischen Förderung schwerstbehinderter Menschen. In A. Fröhlich (Hrsg.), Handbuch der Sonderpädagogik (Band 12): Pädagogik bei schwerster Behinderung (S. 234-289). Heidelberg: Ed. Schindele, Winter

Antor, G. & Bleidick, U. (1995). Recht auf Leben - Recht auf Bildung. Aktuelle Fragen der Behindertenpädagogik. Berlin: Ed. Marhold im Wiss.-Verlag Spiess

Appels, A.W.P.M. (1991). Loss of control, vital exhaustion and coronary heart diseases. In A. Steptoe (Ed.), Stress, personal control and health. Chichester: Wiley, 134-158

Aregger, K., Hofer, R. & Schley, W. (Hrsg.). (2001). Forschung Heilpädagogik. Ausbildungsinstitute im Dialog. Aarau: Bildung Sauerländer

Altheide, D.L. & Johnson, J.M. (1994). Criteria for Assessing Validity in Qualitative Research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), Handbook of Qualitative Research (S. 485-499). Thousand Oaks: Sage

Auhagen, A.E. (1998). Qualitative versus quantitative Sozialforschung? Überlegungen zu einer Debatte. In L. Klauer & M. Westmeyer (Eds.), Psychologische Methoden und soziale Prozesse (S. 248–264). Papst Science Publishers, Lengerich

Auhagen, A.E. (2000). On the psychology of meaning of life. Swiss Journal of Psychology, 1, 34-48

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2000). Multivariate Analysemethoden. Heidelberg: Springer

Baer, Niklas (2002). Berufliche Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Störungen: Wirksamkeit, Prognosefaktoren und Klientenzufriedenheit. Eine Evaluation am Beispiel des Berufsförderungskurses PSAG in Basel. Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt a.M. New York, Wien: Peter Lang AG

Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. Developmental Psychology, 23, 611-626

Baltes, P.B. (1991). The many faces of human aging: Toward a psychological culture of old age. Psychological Medicine, 21, 837-854

Bamberg, E. (1996). Wenn ich ein Junge wär'.... Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie

Badura, B. & Grande, G. (1994). Kardiologische Rehabilitation. Ein Vergleich der Struktur, Prozess- und Erlebnisqualität stationärer und ambulanter Rehabilitation. Unveröffentlichtes Manuskript der Universität Bielefeld, Fachbereich für Gesundheitswissenschaften.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84 (2), 191-215

Bandura, A. (1981). Self-regulation of motivation through anticipatory and self-reactive mechanisms. In R.A. Dienstbier (Ed.), Nebraska symposium on motivation (Vol. 38, pp. 69-164). Lincoln: University of Nebraska Press

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Bandura, A. (1990). Conclusion: Reflections on nonability determinants of competence. In R.J. Sternberg & J. Kolligian (Eds.), Competence considered (S. 315-362). New York: Raven Press

Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Ed.), Self-efficacy: Thought control of action (S. 3-38). Washington: Hemisphere

Baron, R.M. & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 1173–1182

Bauer, T. (2000). Die Familienfalle. Wie und warum sich die Familiensituation für Frauen und Männer unterschiedlich auf die Erwerbsbiographie auswirkt – eine ökonomische Analyse. Chur, Zürich: Verlag Rüegger

- Bauman, Z. (1995). Postmoderne Ethik. Hamburg: Rowohlt Verlag
- Baumann, N. (1998). Selbst- versus Fremdbestimmung: Zum Einfluss von Stimmung, Bewusstheit und Persönlichkeit. Dissertation: Universität Osnabrück
- Baumann, K. & Lauterberg, M. (2001). Knappes Geld – ungleich verteilt: Gleichstellungsdefizite in der Invalidenversicherung. Basel: Helbing & Lichtenhahn
- Baumann, U. & Perrez, M. (1998). Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie (2. Aufl.). Bern: Huber
- Baumann, N. (1998). Selbst- versus Fremdbestimmung: Zum Einfluss von Stimmung, Bewusstheit und Persönlichkeit. Dissertation. Universität Osnabrück
- Becker, P. (1982). Psychologie der seelischen Gesundheit. Göttingen: Hogrefe
- Becker, P. (1986). Arbeit und seelische Gesundheit. In P. Becker & B. Minsel (Hrsg.), Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 2: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten (S. 1-90). Göttingen: Hogrefe
- Becker, P. (1997). Prävention und Gesundheitsförderung. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (S. 465-534). Göttingen: Hogrefe
- Becker, P. & Minsel, B. (1986). Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 2: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten. Göttingen: Hogrefe
- Beckmann, J. & Kuhl, J. (1984). Altering information to gain action control: Functional aspects of human information processing in decision-making. Journal of Research in Personality, 18, 223-279
- Behrend, C. (Hrsg.) (1994). Frühinvalidisierung und soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.
- Behrend, C. (1994). Frühinvalidität - ein Ventil des Arbeitsmarktes? Beiträge zur Gerontologie und Altersarbeit. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.
- Behrens, J. & Dreyer-Tümmel, A. (1995). Ermittlung von Indikatoren der Rehabilitationsbedürftigkeit aus Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Daten). Deutsche Rentenversicherung, 7-8/95, 413-443
- Benecke, A. (1998). Geschlechtsspezifische Aspekte bei der Rehabilitation von Patienten mit Diabetes mellitus am Beispiel einer BfA-Klinik. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 11 (43), 37-43
- Benecke-Timp, A. Vogel, H. & Worringer, U. (1998). Geschlechtsspezifische Aspekte in der Rehabilitation. Einführung in den Themenschwerpunkt. Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 10 (40), 3-6
- Bengel, Jürgen & Koch, Uwe (Hrsg.) (2000). Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
- Bergmann, B. (1996). Arbeitsmerkmale. In B. Bergmann (Projektleiterin). Beiträge des Institutes für Allgemeine Psychologie und Methoden der Psychologie, Teil II, Projekt: Grundlagenuntersuchungen zur Kompetenzentwicklung in Organisationen – Individuelle

Kompetenz-entwicklung durch Lernen im Prozess der Arbeit (S. 711). Unveröffentlichtes Manuskript. Technische Universität Dresden

Betz, N.E. & Fitzgerald, L.F. (1987). The Career Psychology of Women. Orlando, Fla.: Academic Press

Beutel, M. (1988). Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: Edition Medizin

Biefang, S. & Gerdes, N. (1990). Prädiktoren der Frühberentung und gezielte Zuweisung zur medizinischen Rehabilitation. Sozial- und Präventionsmedizin, 35, 129-137

Bierhoff, H.-W. (1995). Vertrauen in Führungs- und Kooperationsbeziehungen. In A. Kieser, G. Reber & R. Wunderer (Hrsg.), Handwörterbuch der Führung (S. 2148-2158). Stuttgart: Schäffer-Poeschel

Birchmeier, Urs (2002). Monatsthema: Ökonomische Aspekte der atypischen Beschäftigungsformen am schweizerischen Arbeitsmarkt. Die Volkswirtschaft, 4, 8–13

Blattmann, L. & Meier, J. (1992). Gegen das frauenspezifische Arbeits-los. Frauen, Arbeit, Markt und Liebe (Büro für Gleichstellung von Mann und Frau der Stadt Zürich). Zürich: efef

Bludau, N., Wiest, A., Kaiser, U. & Schmitz, M. (2001). Evaluation einer Mutter-Kind-Massnahme bei chronischen Haut- und Atemwegserkrankungen. Eine explorative Prä-Post-Untersuchung in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 12. bis 14. März 2001 in Halle/Saale (DRV-Schriften, Bd. 26, S. 436-437). Frankfurt a.M.: Campus

Boltshauser, M. (2003). Hausfrauen sind gleichgestellt. Zeitschrift Procap - Schweizerischer Invalidenverband, 3, 30

Bongers, P.M., Winter, C.R., Kompier, M.A.J. & Hildebrandt, V.H. (1993). A Prospective Study of Work Perceptions and Psychosocial Factors Affecting the Report of Back Injury. Spine, 16, S. 1-6

Bonss, W., Keupp, H. & Koenen, E. (1984). Das Ende des Belastungsdiskurses? Zur subjektiven und gesellschaftlichen Bedeutung von Arbeitslosigkeit. In W. Bonss & R.G. Heinze (Hrsg.), Arbeitslosigkeit in der Arbeitsgesellschaft (S. 143-188). Frankfurt: Suhrkamp

Boos, N., Semmer, N., Elfering, A., Schade, V., Gal, I., Zanetti, M., Kissing, R., Buchegger, N., Hodler, J. & Main, C.J. (2000). Natural history of individuals with asymptotic disc abnormalities in magnetic resonance imaging. Spine, 25, 1484-1492

Borchert, J. (Hrsg.) (2000). Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe

Borkowski, A. & Streckeisen, U. (1989). Arbeitsbiographien von Frauen. Eine soziologische Untersuchung struktureller und subjektiver Aspekte. Chur, Zürich: Verlag Rüegger

Borkowski, A., Ley, K. & Streckeisen, U. (1983). Arbeitsbiografien von Frauen unter besonderer Berücksichtigung von unterbrochenen Erwerbsverläufen und Wiedereinstieg. Bern: Huber

Borkowski, A. & Streckeisen, U. (1989). Arbeitsbiografien von Frauen. Eine soziologische Untersuchung struktureller und subjektiver Aspekte. Chur, Zürich: Rüegger

Bortz, J. (1989). Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg: Springer

Bortz, J. & Döring, N. (2002). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg: Springer

Bortz, J. & Lienert, G.A. (1998). Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung: Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag

Bossong, B. (1999). Stress und Handlungskontrolle. Göttingen, Bern: Hogrefe

Bossong, B. (1993). Handlungsregulation und Emotionskontrolle bei der Vorbereitung auf eine Hochschulprüfung. Empirische Pädagogik, 7, 3-20

Brandstätter, V. (2003). Persistenz und Zielablösung. Göttingen, Bern: Hogrefe

Brandtstädter, J. (1982a). Prävention als psychologische Aufgabe. In J. Brandtstädter & A. v. Eye (Hrsg.), Psychologische Prävention: Grundlagen, Programme, Methoden (S. 15-36). Bern: Huber

Brandtstädter, J. (1982b). Methodologische Grundfragen psychologischer Prävention. In J. Brandtstädter & A. v. Eye (Hrsg.), Psychologische Prävention: Grundlagen, Programme, Methoden (S. 37-79). Bern: Huber

Brandtstädter, J. (1998). Action perspectives on human development. In R.M. Lerner (Ed.), Theoretical models of human development. Handbook of child psychology (5<sup>th</sup> ed., Vol. 1, pp. 807-863). New York: Wiley

Braukmann, W. & Filipp, S.H. (1984). Strategien und Techniken der Lebensbewältigung. In U. Baumann, H. Berbalk & G. Seidenstücker (Hrsg.), Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis (Band 6, S. 52-87). Bern: Huber

Breuer, F. (1982). Zu einigen Methodenproblemen bei der Untersuchung handlungsbegleitender mentaler Prozesse. In R. van Queckelberghe & N. van Eickels (Hrsg.), Handlungstheorie und psychotherapeutische Problemanalyse (S. 168-172). EWH Landau

Broverman, I.K., Broverman, D.M., Clarkson, F.E., Rosenkrantz, P.S. & Vogel, S.R. (1970). Sexroles stereotypes and clinical judgements of mental health. Journal of Consulting and clinical Psychology, 34, 1-7

Brown, G.W. (1980). Wie können die Bedeutung und der Stress von Lebensveränderungen gemessen werden? In H. Katschig (Hrsg.), Sozialer Stress und psychische Erkrankung (S. 167-195). München: Urban & Schwarzenberg



Brown, D. & Brooks, L. (1985). Career Counseling as a Mental Health Intervention. Professional Psychology: Research and Practice, 16, 860-867

Brüderl, L. (1988). Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung. Weinheim: Juventa

Bruggemann, A. (1974). Zur Unterscheidung verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit. Arbeit und Leistung, 28, 281-284

Bruggemann, A. (1976). Zur empirischen Untersuchung verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 30, 71-74

Bruggemann, A., Grosskurth, P. & Ulich, E. (1975). Arbeitszufriedenheit. Bern: Huber

Brunner, J., Hirt, M. & Straumann, L. (1992). Wirtschaftliche Chancengleichheit oder formelle Gleichstellung? Eine Analyse der Frau im schweizerischen Arbeitsmarkt. Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum der Universität Basel (WWZ-Studie Nr. 36). Basel

Brunstein, J.C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. Journal of Personality and Social Psychology, 65, 1061-1070

Brunstein, J.C. (1995). Motivation und Misserfolg. Göttingen: Hogrefe

Brunstein, J.C. (2001). Persönliche Ziele und Handlungs- versus Lageorientierung. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 1, S. 1-12

Brunstein, J.C., Dangelmayer, D. Schultheis, O.C. (1996). Personal goals and social support in close relationships: Effects on relationship mood and marital satisfaction. Journal of Personality and Social Psychology, 71, 1006-1019

Brunstein, J.C., Lautenschlager, U., Nawroth, B., Pöhlmann, K. & Schultheiss, O.C. (1996). Persönliche Anliegen, soziale Motive und soziales Befinden. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 16, 1-10

Brunstein, J.C., Maier, G.W. & Sultheiss, O.C. (1999). Motivation und Persönlichkeit: Von der Analyse von Teilsystemen zur Analyse ihrer Interaktion. In M. Jerusalem & R. Pekrun (Hrsg.), Emotion, Motivation und Leistung (S. 147-167). Göttingen: Hogrefe

Buchhorn, E. (1993). Probleme der Lebensqualität bei chronischen Erkrankungen. In C. Hammer & V. Schubert (Hrsg.), Chronische Erkrankungen und ihre Bewältigung (S. 17-33). Starnberg: Schulz

Buchwald, P. (2002). Dyadisches Coping in mündlichen Prüfungen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie

Bunce, D. & West, M. (1994). Changing work environment: innovative coping responses to occupational stress. Work and Stress, 8, 319-331

Bundesamt für Sozialversicherung (2000). Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH). Bern: Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

Bundesamt für Sozialversicherung (2000). Kreisschreiben über Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art (KSBE). Bern: Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

Bundesamt für Sozialversicherung (2002). Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000. (Stand vom 5. November 2002). Verfügbar unter: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/830.1.de.pdf> (15.8.2003)

Bundesamt für Sozialversicherung (2002). Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959. (Stand vom 5. November 2002). Verfügbar unter: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/831.20.de.pdf> (15.8.2003)

Bundesamt für Sozialversicherung (2003). Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI). Bern: Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

Bundesamt für Statistik (2001). IV-Statistik. Verfügbar unter: <http://www.bsv.admin.ch/iv/statistik/d/index.htm>

Bundesamt für Statistik (Oktober 2001). Informationsdienst. Pressemitteilung 3 – Arbeit und Erwerb. Neuchâtel, Nr. 0350-0109-40

Bundesamt für Statistik (November 2001). Informationsdienst Pressemitteilung 3 – Arbeit und Erwerb. Neuchâtel, Nr. 0350-0110-20

Bundesamt für Statistik (November 2001). Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2000: Deutliche Lohnunterschiede je nach Wirtschaftssektoren und Arbeitnehmerkategorie. Pressemitteilung des Informationsdienstes, Neuchâtel

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1995). Übersetzung der 'Standard Rules on Evaluation of Opportunities for Persons with Disabilities, United Nations (S. 7). Publikation des Referates Öffentlichkeitsarbeit

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Dezember 2001). SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Publikation des Referates Öffentlichkeitsarbeit

Bunge, M. (1967). The search for truth (Scientific research, Vol. 2). Berlin: Springer

Bürger, W. (1997). Arbeit, Psychosomatik und medizinische Rehabilitation: eine Längsschnittuntersuchung. Bern, Göttingen Toronto: Huber

Bürger, W. (2001). Gibt es geschlechtsspezifische Benachteiligungen bei der Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmassnahmen? In U. Worringer & Chr. Zwingmann (2001), Rehabilitation weiblich - männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung (S. 55-74). Weinheim und München: Juventa

Burisch, C. (1989). Burnout: A social psychological analysis. In J.W. Jones (Ed.), The burnout syndrome: Current research, theory, interventions (pp. 30-53). Parke Ridge: London House Press

Buschmann-Steinhage, R. (1993). Rehabilitationswissenschaften: Aspekte und Beiträge aus psychologischer Sicht. Deutsche Rentenversicherung, 4-5, 224-233

- Burow, O.A. (1999). Die Individualisierungsfalle. Stuttgart: Klett-Cotta
- Calonder Gerster, A.E. (1990). Zur Situation der erwerbstätigen Frau. Bern, Göttingen, Toronto: Huber
- Campbell, D.T. (1957). Factors Relevant to the Validity of Experiments in Social Settings. Psychological Bulletin, 54, 297-311
- Campbell, D.T. & Stanley, J.C. (1963a). Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research. Chicago: Rand McNally
- Campbell, D.T. & Stanley, J.C. (1963b). Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research on Teaching. In N.L. Gage (Ed.), Handbook of Research on Teaching (pp. 234-301). Chicago: Rand McNally
- Caritas Schweiz (2001). Prekäre Arbeitsverhältnisse in der Schweiz. Luzern: Caritas
- Caspi, A. (1998). Personality development across the life course. In N. Eisenberg (Ed.), Social, emotional and personality development. Handbook of child psychology (5<sup>th</sup> ed., Vol. 3, pp. 311-388). New York: Wiley
- Catalano, R. (1991). The health effects of economic insecurity. American Journal of Public Health, 81, 1148-1152
- Catalano, R. (1992). Gesundheitseffekte wirtschaftlicher Unsicherheit: ein analytischer Überblick. In T. Kieselbach & P. Voigt (Hrsg.), Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR (S. 77-224). Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Chatway, C.J. & Berry, J.W. (1989). Acculturation experiences, appraisal, coping and adaptation: A comparison of Hong Kong chinese, French and English students in Canada. Canadian Journal of Behavioural Science, 21, 295-309
- Claussen, B. (1999). Alcohol disorders and re-employment in a 5-year follow-up of long-term unemployed. Addiction, 94, 133-138
- Compas, B.E., Forsythe, C.J. & Wagner, B.M. (1988). Consistency and variability in causal attributions and coping with stress. Cognitive Therapy and Research, 12, 305-320
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-312
- Collatz, J., Borchert, H., Brandt, A. & Titze, I. (1996). Effektivität, Bedarf und Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Versorgungseinrichtungen für Frauen und Müttern mit Kindern (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen und Jugend, Bd.17, 2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer
- Cook, T.D. & Campbell, D.T. (1979). Quasi-experimentation, Design and analysis issues for field settings. Boston, MA: Houghton Mifflin

Cook, T.D. & Matt, G.E. (1990). Theorien der Programmevaluation - ein kurzer Abriss. In U. Koch & W.W. Wittmann (Hrsg.), Evaluationsforschung: Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen (S. 15-38). Berlin: Springer

Costa, T.P., McCrae, R.R. & Zonderman, A.B. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of an American national sample. British Journal of Psychology, 78, 299-306

Creed, P.A., Machin, M.A. & Hicks, R.E. (1999). Improving mental health status and coping abilities for long-term unemployed youth using cognitiv-behavior therapy based training interventions. Journal of Organizational Behavior, 20, 963-978

Currall, S.C. & Judge, T.A. (1995). Measuring trust between organizational boundary role persons. Organisational Behavior and Human Decisions Processes, 64, 491-512

Daniel, F. (1983). How to unemployed fare after they find new jobs. New York: Wiley

Das, T.K. & Teng, B.-S. (1998). Between trust and control: Developing confidence in partnercooperation in alliances. Academy of Management Review, 23, 491-512

Deck, R., Kohlmann, T. & Raspe, H. (1998). Erwartungen und Motivationen bei Patienten in der medizinischen Rehabilitation. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 6, 101-108

Deck, R., Zimmermann, M., Kohlmann, T. & Raspe, H.H. (1998). Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. Rehabilitation, 37, 140-146

Dederich, M. (2000). Behinderung - Medizin - Ethik. Behindertenpädagogische Reflexionen zu Grenzsituationen am Anfang und Ende des Lebens. Bad Heilbronn / Obb.: Klinkhardt

Deneke, F.W. (2001). Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten. Stuttgart, New York: Schattauer

De Rijk, A.E., Le Blanc, P.M. & Schaufeli, W.B. (1998). Active coping and need for control as moderators of the job demand-control model: effects on burnout. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 71, 1-18

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (1987). Richtlinien zur Manuskriptgestaltung. Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie

Dieck, M. & Naegele, G. (1985). Freigesetzte Arbeitnehmer im sechsten Lebensjahrzehnt - eine Ruhestandsgeneration. Zeitschrift für Gerontologie, 18, 281-291

Diener, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95, 542-575

Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. Social Indicators Research, 31, 103-157

Diener, E., Larsen, R.J. & Emmons, R.A. (1984). Person x situation interactions: Choice of situations and congruence response models. Journal of Personality and Social Psychology, 47, 580-592

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. Zeitschrift Psychological Bulletin, 125, 276-302

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort E., Hrsg. für die WHO. (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-19 Kapitel V (F). Forschungskriterien. Göttingen, Huber

Dinger-Broda, A., Becker, A., Fischer, E., Gergen, E., Jacob, V. & Sprick, G. (1998). Gesundheitsförderung von Frauen - Entwicklung und Evaluation einer Gruppentherapie. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 19, 333-358

Donabedian, A. (1992). The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care. Consumer's role. Qual Health Care, 1 (1), 247-251

Dormann, C. & Zapf, D. (1999). Social support, social stressors at work and depressive symptoms: Testing for main and moderating effects with structural equations in a three-wave longitudinal study. Journal of Applied Psychology, 84, 874-884

Eckhart, Ch. (1990). Der Preis der Zeit. Eine Untersuchung der Interessen von Frauen an Teilzeitarbeit. Frankfurt a.M./New York: Rowohlt

Eden, D. & Aviram, A. (1993). Self-efficacy training to speed reemployment: Helping people to help themselves. Journal of Applied Psychology, 78, 352-360

Edwards, J.R. & Cooper, C.L. (1988). The impact of positive psychological states on physical health: A review and theoretical framework. Social Science and Medicine, 27, 1447-1459

Eilles-Matthiessen, C., el Hage, N., Janssen, S. & Osterholz, A. (2002). Schlüsselqualifikationen in Personalauswahl und Personalentwicklung. Ein Arbeitsbuch für die Praxis. Bern, Göttingen, Toronto: Huber-Verlag

Eisenberg, P. & Lazarsfeld, P.F. (1938). The psychological effects of unemployment. Psychological Bulletin, 35, 358-390

Elkeles, T. (1994). Arbeitswelt und Risiken für Rückenschmerzen – Potentiale für arbeitsweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Nr. 194- 205

Elkeles, T. & Seifert, W. (1993). Arbeitslose und ihre Gesundheit: Langzeitanalysen für die Bundesrepublik. Soziale Präventivmedizin, 38, 148-155

Emmons, R.A. (1992). The personal striving approach to personality. In: L.A. Perving (Ed.), Goal concepts in personality and social psychology (pp. 86-126). Hillsdale, NJ: Erlbaum

Emmons, R.A., Diener, E. & Larsen, R.J. (1985). Choice of situations and congruence models of interactionism. Personality and Individual Differences, 6, 693-702

Ericsson, K.A. & Simon, H.A. (1980). Verbal reports as data. Psychological Review, 87, 215-251



- Erpenbeck, J. & Heyse, V. (1996). Berufliche Weiterentwicklung und berufliche Kompetenzentwicklung. In Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management (Hrsg.), Kompetenzentwicklung '96. (S. 15-152). Münster: Waxman
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1994). Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R. 6. Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). Fragebogen zur Lebenszufriedenheit. Handanweisung. Göttingen, Bern: Hogrefe
- Faix, W.G. (1995). Der Erfolgsfaktor „Handlungskompetente Mitarbeiter und Führungskräfte“. In W.G. Faix, T. Rütter & E. Wollstadt (Hrsg.), Führung und Persönlichkeit. Personale Entwicklung (S. 11-22). Landsberg: Moderne Industrie
- Faltenmaier, T. & Kühnlein, I. (2000). Subjektive Gesundheitskonzepte im Kontext: Dynamische Konstruktionen von Gesundheit in einer qualitativen Untersuchung von Berufstätigen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 4, 137-154
- Fassmann, H. & Kentner, M. (1986). Frühinvalidisierung - ein multifaktorielles Geschehen. Gesellschaft, 11, 54-63
- Fay, D. & Frese, M. (2001). The concept of personal initiative (PI): an overview of validity studies. Human Performance, 14 (1), 97-124
- Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. (1987). Vulnerability to life events exposure. Psychological Medicine, 17, 739-749
- Filipp, S.-H. (1995). Lebensereignisforschung – eine Bilanz. In S.-H. Philipp (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse (3. Auflage., S. 293-326). Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Fitzgerald, L.F. & Crites, J.O. (1980). Toward a Career Psychology of Women: What Do We Know? What Do We Need to Know? Journal of Counseling Psychology, 27, 44-62
- Flick, U. (2000). Qualitative Forschung. Rowohlt Taschenbuch Verlag: Reinbek bei Hamburg
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 466-475
- Fookien, I. & Lind, I. (1994). Vielfalt und Widersprüche weiblicher Lebensmuster. Frauen im Spiegel sozialwissenschaftlicher Forschung. Frankfurt a.M.: Campus
- Franck, M. (1998). Rehabilitation und Prävention in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 11 (43), 44-49
- Franke, A. (1985). Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen. In A. Franke & I. Jost (Hrsg.), Das Gleiche ist nicht dasselbe - zur subkutanen Diskriminierung von Frauen (S. 9-31). Tübingen: dgvt-Verlag

Franke, A. & Broda, M. (1993), Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (Bd. 20). Tübingen: dgvt

Franke, A. (1997). Gesundheitsförderung bei Müttern mit Klein- und Schulkindern. Literaturrecherche im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln: unveröffentlichtes Manuskript

Franke, G. (1995). Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version -. Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH

Frankenhaeuser, M. & Johansson, G. (1986). Stress at work: psychobiological and psychosocial aspects. International Review of Applied Psychology, 35, 287-299

Frankl, V.E. (1973). Der Mensch auf der Suche nach dem Sinn. Freiburg: Herder

Frese, M. (1985). Zur Verlaufsstruktur der psychischen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. In T. Kieselbach & A. Wacker (Hrsg.), Individuelle und gesellschaftliche Kosten der Massenarbeitslosigkeit: Psychologische Theorie und Praxis (S. 224-241). Weinheim: Beltz

Frese, M. (1993). Psychische Folgen von Arbeitslosigkeit in den fünf neuen Bundesländern: Ergebnisse einer Längsschnittstudie. In L. Montada (Hrsg.), Arbeitslosigkeit und soziale Gerechtigkeit (S. 193-212). Frankfurt a.M.: Campus-Verlag

Frese, M. & Mohr, G. (1987). Prolonged unemployment and depression in older workers: A longitudinal study of intervening variables. Social Science and Medicine, 25(2), 173-178

Frese, M., Kring, W., Soose, A. & Zempel, J. (1996). Personal Initiative at work: Differences between East and West Germany. Academy of Management Journal, 39, 37-63

Frese, M., Fay, D., Hilburger, T., Leng, K. & Tag, A. (1997). The concept of personal initiative: Operationalization, reliability and validity in two German samples. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 70, 139-161

Frese, M. & Fay, D. (2001). Personal initiative (PI): An active performance concept for work in the 21<sup>st</sup> century. In B.M. Staw & R.M. Sutton (Eds.), Research in Organizational Behavior (Vol. 23, pp. 133- 187). Amsterdam: Elsevier Science

Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. Journal of social issues, 30, 159-165

Frey, D., Graf Hoyos, C. & Stahlberg, D. (Hrsg.) (1988). Angewandte Psychologie – ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Friedmann, M. & Rosenman, R.H. (1974). Type A behavior and your heart. New York: Alfred A. Knopf Inc.

Friedrichs, J. (Hrsg.). (1998). Die Individualisierungs-These. Leverkusen: Leske + Budrich

Frieling, E. & Graf Hoyos, C. (1978). Fragebogen zur Arbeitsanalyse. Frankfurt: Swets & Zeitlinger B.V., Swets Test Services

- Fryer, D. (1988). The experience of unemployment in social context. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), Handbook of Life Stress, Cognition and Health (pp. 211-238). Chichester: Wiley
- Fryer, D. & Payne, R. (1984). Proactive behavior in unemployment: Findings and implications. Leisure Studies, 3, 273-295
- Frymoyer, J.W. (1992). Medizinische Rehabilitation. Entwicklung der Angebotsstrukturen. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag
- Fux, B., Bösch, A., Gisler, P. & Baumgartner, D. (1997). Bevölkerung und eine Krise Politik. Die schweizerische Migrations-, Familien- und Alterspolitik im Fadenkreuz von Einstellungen und Bewertungen. Zürich: Seismo
- Gadenne, V. (1976). Zur Gültigkeit psychologischer Untersuchungen. Stuttgart: Kohlhammer
- Gairing, F. (1999). Organisationsentwicklung als Lernprozess von Menschen und Systemen. Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Ganster, D.C. & Schaubröck, J. (1991). Work stress and employee health. Journal of Management, 17, 235-271
- García Rodríguez, Y. (1997). Learned helplessness or expectancy values? A psychological model for describing the experience of different categories of unemployed. Journal of Adolescence, 20, 321-332
- Genest, M. & Turk, D.C. (1981). Think-aloud approaches to cognitive assessment. In T.V. Merluzzi, R.C. Glass & M. Genest. Cognitive assessment (S. 241-286). New York: The Guilford Press
- Gerdes, (1986). Der Einfluss kritischer Lebensereignisse auf Gesundheit und Wohlbefinden. Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Gerdes, N. & Weiss, J. (2000). Zur Theorie der Rehabilitation. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften (S. 41-68). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
- Giddens, A. (1990). The consequences of modernity. Oxford: Oxford University Press
- Gisler, P. (1997). Der Beitrag der Familienpolitik zur Entlastung der Berufs-Familie-Konflikte von Frauen. In B. Fux, A. Bösch, P. Gisler, D. Baumgartner (Hrsg.), Bevölkerung und eine Krise Politik. Die schweizerische Migrations-, Familien- und Alterspolitik im Fadenkreuz von Einstellungen und Bewertungen (193 – 267). Zürich: Seismo
- Glaeske, G. (1993a). Die Wa(h)re Gesundheit hängt am Arzneimittel. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit - Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (S. 109-122). Tübingen: dgvt-Verlag
- Glaeske, G. (1993b). Pillen für Schwache oder schwach durch Pillen? Zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme der Arzneimitteltherapie. In E. Zoike (Hrsg.), Frauen, Gesundheit, Beruf (S. 27-38). Essen: BBK

- Glattacker, M., Meixner, K., Gerdes, N., Bengel, J., Herwig, J. & Jäckel, W.H. (2001). Externes Qualitätsmanagement für Mutter-Kind- und Mütter-Einrichtungen: Projektbeschreibung und erste Ergebnisse im Bereich Ergebnisqualität. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 12. bis 14. März 2001 in Halle/Saale (DRV-Schriften, Bd. 26, S. 52-54)
- Goldney, R.D. (1996). Unemployment and health. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 30, 309-311
- Goldsmith, A.H., Veum, J.R. & Darity, W. (1996). The impact of labor force history on self-esteem and its component parts, anxiety, alienation and depression. Journal of Economic Psychology, 17, 183-220
- Graf, S., Henneberger, F. & Schmid, H. (2000). Flexibilisierung der Arbeit. Bern, Stuttgart, Wien: UTB
- Grande, G., Leppin, A., Romppel, M. & Althehöner, T. (2001). Frauen und Männer nach Herzinfarkt - Wo aber sind die Unterschiede? In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 12. bis 14. März 2001 in Halle/Saale (DRV-Schriften, Bd. 26, S. 333-334). Frankfurt a.M.: Campus
- Grawe, K. (2000). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe
- Greif, S., Bamberg, E. & Semmer, N. (Hrsg.) (1991). Psychologischer Stress am Arbeitsplatz. Göttingen: Hogrefe
- Grobe, T.G., Dörning, H. & Schwartz, F.W. (1999). Gmünder Ersatzkasse: GEK-Gesundheitsreport 1999: Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Sankt Augustin: Asgard
- Groene, M. (2001). Systemische Ansätze zur Erklärung und Behandlung bulimischer Ess-Störungen. Psychotherapie im Dialog, 6, 234-248
- Guillemard, A.M. & Rein, M. (1993). Comparative Patterns of retirement: Recent trends in development societies. Annual Review of Sociology, 19, 469-503
- Haan, N. (1977). Coping and Defending. Process of self-environment organisation. New York: Academic Press
- Häfner, H. (1990). Arbeitslosigkeit – Ursache von Krankheit und Sterberisiken? Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19(1), 1-17
- Hacker, W. (1986). Arbeitspsychologie. Bern: Huber
- Hacker, W., Fritsche, B., Richter, P. & Iwanova, A. (1995). Tätigkeitsbewertungssystem TBS. Zürich: ZdF Hochschulverlag AG an der ETH: Psychodiagnostisches Zentrum
- Hackett, R.D. & Bycio, P. (1996). An evaluation of employee absenteeism as a coping mechanism among hospital nurses. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 69, 327-338

Hackman, J.R. & Oldham, G.R. (1974). The Job Diagnostic survey: An Instrument for the Yale University. Technical Report, 4, 35-68

Härtel, U. (1999). Geschlechtsspezifische Prädiktoren der Inanspruchnahme kardiologischer Rehabilitation aus epidemiologischer Sicht. Rehabilitation, 38 (Suppl. 2), 142-147

Härtel, U. (2000). Geschlechtsspezifische Aspekte in der Rehabilitation: Das Beispiel koronare Herzkrankheit. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften (S. 115-238). Berlin: Springer

Härtel, U. & Löwel, H. (2000). Familienstand und Überleben nach Herzinfarkt. Münchener Medizinische Wochenschrift, 133, 454-468

Hafen, K., Bengel, J., Jastrebow, J. & Nübling, R. (2000). Konzept und Dimensionen der Reha-Motivation. Prävention und Rehabilitation, 12, 1-10

Hager, W., Patry, J.L. & Brezing, H. (Hrsg.). (2000). Handbuch Evaluation psychologischer Interventionsmassnahmen. Standards und Kriterien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Hager, W. & Hasseldorn, M. (1995). Konzeption und Evaluation von Programmen zur kognitiven Förderung: theoretische Überlegungen. In W. Hager (Hrsg.), Programme zur Förderung des Denkens bei Kindern. Konstruktion, Evaluation und Metaevaluation (S. 40-85). Göttingen: Hogrefe

Hager, W. & Hasseldorn, M. (2000). Psychologische Interventionsmassnahmen: Was sollen sie bewirken können? In W. Hager, J.L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), Handbuch Evaluation psychologischer Interventionsmassnahmen. Standards und Kriterien (S. 41-85). Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber

Hager, W. & Westermann, R. (1983). Planung und Durchführung von Experimenten. In J. Bredenkamp & H. Feger (Hrsg.), Hypothesenprüfung (Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich B, Serie Forschungsmethoden der Psychologie, Bd. 5, S. 24-238). Göttingen: Hogrefe

Hakim, C. (1997). A Sociological Perspective on Part-Time Work. In H.P. Blossfeld & C. Hakim (Eds.), Between Equalization and Marginalization. Women Working Part-Time in Europe and the United States of America (S. 22-70). Oxford University Press: Oxford

Halisch, F. & Kuhl, J. (1987). Motivation, Intention and Volition. Berlin: Springer Verlag

Hameyer, U. & Schratz, M. (1996). Schulprogramme: Wegweiser von der Vision zur Gestaltung der Schule. In H. Altrichter, W. Schley & M. Schratz (Hrsg.), Handbuch zur Schulentwicklung (S. 86-110). Innsbruck-Wien: Studien Verlag

Hasseldorn, M. & Mähler, C. (2000). Transfer: Theorien, Technologien und empirische Erfassung. In W. Hager, J.L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), Handbuch Evaluation psychologischer Interventionsmassnahmen. Standards und Kriterien (S. 68-102). Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber

Hautzinger, M. (1998). Depression. Göttingen: Hogrefe



Heckhausen, H. & Gollwitzer, P.M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. Motivation and Emotion, 11, 101-120

Heckhausen, H. & Kuhl, J. (1985). From wishes to action: The dead-ends and short-cuts on the long way to action. In M. Frese & J. Sabini (Hrsg.), Goal-directed behavior: The concept of action in psychology (S. 134-160). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Heim, E. & Perrez, M. (1994). Krankheitsauslösung - Krankheitsverarbeitung. In E. Heim & J. Willi (Hrsg.), Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit aus bio-psycho-sozialer Sicht (Bd. 2 Klinik und Praxis, S. 343-390). Berlin: Springer

Helfferich, C. (1993). Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (Bd. 20, Kap. 3). Tübingen: dgvt

Hepburn, C.G., Loughoin, C.A. & Barling, J. (1997). Coping with cronic work stress. In B.H. Gottlieb (Ed.), Coping with cronic stress (pp. 343-366). New York: Plenum

Herkner, W. (1991). Lehrbuch Sozialpsychologie (5. Auflage). Stuttgart: Huber

Herschbach, P. (1999). Gesundheitsverhalten. Psychologische Determinanten des Arztbesuchs. Opladen: Westdeutscher Verlag

Hildebrandt, J. & Pfingsten, M. (1994). Die Behandlung chronischer Rückenschmerzen durch ein ambulantes Rehabilitationsprogramm. Erste Ergebnisse einer prospektiven Studie. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 4, 161-168

Hobfoll, S.E. & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & t. Marek (Eds.), Professional burnout (S. 115-129). London: Taylor & Francis

Hobfoll, S.E. (1998). Stress, Culture and Community. The Psychology and Philosophy of Stress. New York: Plenum Press

Hoff, E.H., Lappe, L. & Lempert, W. (Hrsg.). (1985). Arbeitsbiographie und Persönlichkeitsentwicklung. Schriften zur Arbeitspsychologie, 40. Bern, Toronto: Huber

Holahan, C.J. & Moos, R.H. (1991). Life stressors, personal and social resources and depression: A 4-year structural model. Journal of Abnormal Psychology, 100, 31-38

Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating-scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218

Höpflinger, F., Charles, M. & Debrunner, A. (1991). Familienleben und Berufsarbeit, Zum Wechselverhältnis zweier Lebensbereiche. Bern, Stuttgart, Wien: UTB

Höpflinger, F. & Erne-Schneuwly, D. (1989). Weichenstellungen, Lebensformen im Wandel und Lebenslage junger Frauen. Bern, Stuttgart, Wien: UTB

Hurni, L. & Stalder, B. (1994). „Ich verplane mir das Leben nicht gern auf Jahre ...“. Pilotstudie über Entscheidungstendenzen und Wunschvorstellungen zu Familie und Beruf. (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann) Bern: EDMZ

Hurrelmann, K. (2000). Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim: Beltz

Ilfeld, F.W. (1980). Coping styles of Chicago adults: Effectiveness. Archives of General Psychiatry, 37, 1239-1243

Ingledeu, D.K., Hardy, L. & Cooper, C.L. (1997). Do resources bolster coping and does coping buffer stress? An organizational study with longitudinal aspect and control for negative affectivity. Journal of Occupational Health Psychology, 2, 118-133

International Classification of Functioning, Disability and Health ICF (2001). Genf: World Health Organization

Irle, M. (1975). Lehrbuch der Sozialpsychologie. Göttingen: Hogrefe

Jahn, J., Maschewski-Schneider, U., Babitsch, B. & Bammann, K. (1998). Zur Bedeutung der Eingebundenheit von Frauen in Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit für ihre Gesundheit. Ergebnisse aus einer Befragungsstudie in Bremen. In Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverband Public Health (Hrsg.), Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik (Redaktion: J. Hampel, J. Jahn, F. Koppelin, H. Reinerth, I. Steinbach & B. Stumm) (S. 74-88). Bern: Hans Huber

Janke, W. & Wolffgramm, J. (1995). Biopsychologie von Stress und emotionalen Reaktionen: Ansätze interdisziplinärer Kooperation von Psychologie, Biologie und Medizin. In G. Debus, G. Erdmann & K.W. Kallus (Hrsg.), Biopsychologie von Stress und emotionalen Reaktionen (S. 293-347). Göttingen: Hogrefe

Jerusalem, M. (1990). Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben. Göttingen: Hogrefe

Jex, S.M. & Bliese, P.D. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: a multilevel study. Journal of Applied Psychology, 84, 349-361

Jones, G.R. & George, J.M. (1998). The experience and evolution of trust: Implications for cooperation and teamwork. Academy of Management Review, 23, 531-546

Kaiser, J. (1994). Eine Reise in die Systemtheorie. In H.C. Vogel, B. Bürger, G. Nebel, & H.J. Kersting (Hrsg.), Werkbuch für Organisationsberater (S. 257-270). Aachen: dvt-Verlag

Kaiser, H.F. & Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark IV. Educational and Psychological Measurement, 34, 111-148

Kaluza, G. (1996a). Belastungsbewältigung und Gesundheit. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 5, 14-155

Kaluza, G. (1996b). Gelassen und sicher im Stress. Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung (2. vollständig überarb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer Verlag

- Kaluza, G. (1997a). Evaluation von Stressbewältigungstrainings in der primären Prävention – eine Meta-Analyse (quasi-)experimenteller Feldstudien. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 5, 149-169
- Kaluza, G. (1997b). Belastungsverarbeitung und Gesundheit – Evaluation gesundheitspsychologischer Interventionen in der primären Prävention. Marburg: Philipps-Universität, Habilitationsschrift
- Kaluza, G. (1998a). Effekte eines kognitiv-behavioralen Stressbewältigungstrainings auf Belastungen, Bewältigung und (Wohl-)Befinden – eine randomisierte, kontrollierte prospektive Interventionsstudie in der primären Prävention. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 27, 234-243
- Kaluza, G. (1998b). Mehr desselben oder Neues gelernt? Veränderung von Coping-Profilen nach einem primärpräventiven Stressbewältigungstraining. In M. Bullinger, U. Ravens-Sieberger & U. Koch (Hrsg.), Medizinische Psychologie in einem sich wandelnden Gesundheitssystem: Identität, Integration und Interdisziplinarität (S. 101-123). Lengerich: Pabst
- Kaluza, G. (1999). Sind die Effekte eines primärpräventiven Stressbewältigungstrainings von Dauer? – eine randomisierte, kontrollierte Follow-up-Studie. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7, 188-195
- Kaluza, G., Hanke, C., Keller, St. & Basler H.D. (2002). Salutogene Faktoren bei chronischen Rückenschmerzen: Moderieren soziale Unterstützung, Arbeitszufriedenheit und sportliche Aktivität den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Rückenschmerzaktivität? Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Vol. 3 (3), 159-168
- Kappeler, Beat (2002). Monatsthema: Der schweizerische Arbeitsmarkt in den kommenden zehn Jahren. Die Volkswirtschaft, 4, 4-7
- Kasl, S.V. (1996). The influence of the work environment on cardiovascular health. A historical, conceptual and methodological perspective. Journal of Occupational Health Psychology, 1, 42-56
- Katschig, H. (1980). Sozialer Stress und psychische Erkrankung. München: Urban & Schwarzenberg
- Keck, M. & Budde, H.G. (1998). Soziale Situation, Nachsorgeverhalten und Befinden chronisch herzkranker Frauen nach stationärer kardiologischer Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 10 (40), 25-33
- Kersting, A., Welke, U., Malewski, P. & Lamprecht, F. (2000). Ein ambulantes Rehabilitationskonzept für Mütter mit psychosomatischen Erkrankungen, Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 13 (52), 4-9
- Kieselbach, T. (1998). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Gesundheitsbericht für Deutschland (S. 116-121). Stuttgart: Metzler-Poeschl
- Kimball, A.W. (1954). Short-cut formulae for the exact partition of  $\chi^2$  in contingency tables. Zeitschrift Biometrics, 10, 452-458

- King, L.A. (1995). Wishes, motives, goals and personal memories: Relations of measures of human motivation. Journal of Personality, 63, 985-1007
- Klapp, B.F. & Dahme, B. (1988). Jahrbuch der medizinischen Psychologie 1. Berlin: Springer
- Klinkenberg, U. (1994). Persönlichkeitsmerkmale in Stellenanzeigen für qualifizierte Fach- und Führungskräfte. Zeitschrift für Personalforschung, 4, 28-36
- Klinger, E. (1987). Current Concerns and Disengagement from Incentives. In F. Halisch & J. Kuhl (Eds.), Motivation, Intention and Volition (pp. 337-348). Berlin: Springer
- Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In J.S. Sanders & J. Suls (Hrsg.), Social psychology of health and illness (S. 3-32). Hillsdale: Erlbaum
- Kohlmann, C.W. (1990). Stressbewältigung und Persönlichkeit. Flexibles versus rigides Copingverhalten und seine Auswirkungen auf Angsterleben und physiologische Belastungsreaktionen. Bern: Huber
- König, E. & Volmer, G. (2000). Systemische Organisationsberatung. Grundlagen und Methoden. Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Kohlmann, C.W. (1997). Persönlichkeit und Emotionsregulation. Bern, Göttingen: Huber
- Kohn, M.L. & Schooler, C. (1978). The reciprocal effect of the substantive complexity of work and intellectual flexibility: A longitudinal assessment. American journal of sociology, 84, 24-52
- Korotkov, D. (1998). Creating Meaning through making decisions. In P.T.P. Wong & P.S. Fry (Eds.), Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers (S. 51-70). Bethesda, M.D.: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
- Korsukéwitz, C., Klosterhuis, H., Winnefeld, M. & Beckmann, U. (2001). Frauen sind anders - auch in der Rehabilitation? Geschlechtsspezifische Aspekte der medizinischen Rehabilitation. Angestelltenversicherung, 1/2001, 7-15
- Kramer, R.N. & Tyler, T.R. (Eds) (1996). Trust in organisations: Frontiers of theory and research. Thousands Oaks, CA: Sage
- Krause, H. Niebrügge, S., Bartram, M., Lehr, D. & Wirth, A. (1996). Behandlungserwartungen von Patienten mit chronischen inneren Erkrankungen an die stationäre Rehabilitation. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), Evaluation in der Rehabilitation. 6. Rehabwissenschaftliches Kolloquium 1996 in Bad Säckingen (S. 42-63). Frankfurt a.M.: VDR
- Krohn, Th. (2000). Individualisierung und soziologische Theorie. Leverkusen: Verlag Leske + Budrich
- Krohne, H.W., Rösch, W. & Kürsten, F. (1989). Die Erfassung von Angstbewältigung in physisch bedrohlichen Situationen. Zeitschrift für klinische Psychologie, 18, 230-242

- Kuhl, J. (1982). Handlungskontrolle als metakognitiver Vermittler zwischen Intention und Handeln. Freizeitaktivitäten bei Hauptschülern. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 14, 141-148
- Kuhl, J. (1983). Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Berlin: Springer
- Kuhl, J. (1990). Handlungsanweisung zum Fragebogen HAKEMP-90. Universität Osnabrück
- Kuhl, J. (1994). A theory of action and state orientations. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), Volition and personality; action versus state orientation (S. 9 – 46). Seattle: Hogrefe & Huber
- Kuhl, J. (1997). Wille und Persönlichkeit: Von der Funktionsanalyse zur Aktivierungsdynamik psychischer Systeme. Buchmanuskript. Universität Osnabrück
- Kuhl, J. (1998). Wille und Persönlichkeit: Funktionsanalyse der Selbststeuerung. Psychologische Rundschau, 49, 61-77
- Kuhl, J. (2001). Motivation und Persönlichkeit. Interaktionen psychischer Systeme. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag für Psychologie
- Kuhl, J. & Baumann, (2000). Self-regulation and rumination: Negative affect and impaired self-accessibility. In W. Perrig & A. Grob (Hrsg.), Control of human behavior mental processes and consciousness: Essays in honor of the 6<sup>th</sup> birthday of August Flammer (S. 283-305). New York: Wiley
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (1983). Handlungskontrolle und Umfang der Informationsverarbeitung: Wahl einer vereinfachten (nicht optimalen) Entscheidungsregel zugunsten rascher Handlungsbereitschaft. Zeitschrift für Sozialpsychologie, 14, 89-100
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (Eds.) (1994). Volition and Personality; action versus state orientation. Seattle: Hogrefe & Huber
- Kuhl, J., Schapkin, S. & Gusew, A. (1994). A theory of volitional inhibition and an empirical test: Individual differences in the topographie of ERP patterns for action vs. state oriented processing of emotional words. Forschungsbericht Nr. 99. Universität Osnabrück
- Kurella, S. (1992). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Literaturstudie für die Jahre 1985-1991. Berlin: WZB
- Lamnek, S. (1993). Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union (Bänder 1 und 2)
- Land, F.J. & Viefhues, H. (1984). Arbeitslosigkeit als Gegenstand sozialmedizinischer und medizinsoziologischer Forschung. Bochum: Eigendruck
- Lauth, G. (1982). Erfassung von Kognitionsverläufen in Problemlösungstherapien. In R. van Queckelberghe & N. van Eickels (Hrsg.), Handlungstheorie und psychotherapeutische Problemanalyse (S. 35-69). EWH Landau



- Laux, L. (1983). Psychologische Stresskonzeptionen. In H. Thomae (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. Serie Motivation und Emotion: Band 1. Theorien und Formen der Motivation (S. 453-535). Göttingen: Hogrefe
- Laux, L. & Weber, H. (1990). Bewältigung von Emotionen. In K.R. Scherer (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C Theorie und Forschung, Serie 4 Motivation und Emotion, Band 3 Psychologie und Emotion (S. 560-629). Göttingen: Hogrefe
- Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill
- Lazarus, R.S. & Alfert, E. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. Journal of Abnormal and Social Psychology, 69, 195-205
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.), Stress. Theorien, Untersuchungen, Massnahmen (S. 213-259). Bern: Huber
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer
- Lazarus, R.S. (1991). Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press
- Lehr, U. (1972). Psychologie des Alterns. Heidelberg: Quelle und Meyer
- Lerner, R.M. & Busch-Rossnagel, N.A. (Eds.) (1981). Individuals as producers of their development. New York: Academic Press
- Lienert, G.A. & Raats, U. (1998). Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Lohnstrukturhebung des Bundesamtes für Statistik BfS (2003). Zeitschrift Volkswirtschaft: Das Magazin für Wirtschaftspolitik, 4 (2003), 87
- Long, B.C. & Gessaroli, M.E. (1989). The relationship between teacher stress perceived coping effectiveness: Gender and marital differences. Alberta Journal of Educational Research, 35, 308-324
- Luhmann, N. (1969). Legitimation durch Verfahren. Neuwied: Luchterhand
- Luhmann, N. (1973). Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Stuttgart: Enke
- Luhmann, N. (1985). Soziale Systeme - Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a.M.
- Luhmann, N. (1988). Selbstreferentielle Systeme. In F. Simon (Hrsg.), Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie (S. 47-53). Berlin, New York: Springer Verlag,
- Maddi, S.R. (1998). The sense of coherence: Making sense out of chaos. In P.T.P. Wong & P.S. Fry (Eds.), The human quest for meaning. A handbook of psychological research and clinical applications (S. 3-26). Mahwah, N.Y.: Erlbaum

- Maercker, A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung (Personal Growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. Diagnostica, 3, 153-162
- Magnus, K., Diener, E., Fujita, F. & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: A longitudinal analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 65, 1046-1053
- Hameyer, U. & Schratz, M. (1998). Organisation als lernendes System. Bern: Hans Huber
- Margalit, A. (1997). Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung. Berlin: Springer
- Markowitsch, H.J. (2001). Mnestic Blockaden als Stress- und Traumafolgen. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 3, 204-211
- Markus, H. (1997). Self-schemata and processing information about the Self. Journal of Personality and Social Psychology, 35, 63-78
- Maschewski-Schneider, U. (1997). Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland. Weinheim und München: Juventa
- Maslach, C. (1982). The cost of caring. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Maturana, H.R. & Varela, F.J. (1987). Der Baum der Erkenntnis. Bern, München: Scherz
- Maurischat, C., Wunsch, A., Mittag, O. & Bengel, J. (2001). Routinediagnostik von Ängstlichkeit und Depression in der Kardiologie mit der HADS: Geschlechtsspezifische Unterschiede. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 12. bis 14. März 2001 in Halle/Saale (DRV-Schriften, Bd.26, S. 344-345). Frankfurt a.M.: Campus
- Mayring, Ph. (1988). Qualitative Auswertung im Rahmen des Belastungs-Bewältigungs-Paradigmas. In L. Brüderl (Hrsg.), Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung (S. 200-215). Weinheim: Juventa
- Mayring, Ph. (1996). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Mayring, Ph. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Meichenbaum, D.H. (1985). Stress inoculation training. New York: Pergamon
- Meichenbaum, D.H. & Deffenbacher, J.L. (1988). Stress inoculation training. The counseling Psychologist, 16, 69-90
- Meixner, K., Gerdes, N. & Jäckel, W.H. (2000). Rehabilitationsergebnisse bei Frauen in Mutter-Kind-/Müttereinrichtungen: Eine Pilotstudie. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 9. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 13. bis 15. März 2000 in Würzburg (DRV-Schriften, Bd. 20, S. 457-459). Frankfurt a.M.: Campus-Verlag

Mejiman, T.F., van Dormolen, R., Herber, M.F. & Rongen, H. & Kuiper, S. (1995). Job stress, neuroendocrine activation and immune status. In S.L. Sauter & L.R. Murphy (Eds.), Organisational risk factors for job stress (pp. 113-126). Washington DC: APA

Herrmann, T.(1995). Methoden als Problemlösungsmittel. In E. Roth (Hrsg.), Sozialwissenschaftliche Methoden (4. Auflage, S. 20-48). München: Oldenbourg

Meulemann, H. (2000). Lebenszufriedenheit vom Ende der Jugend bis zum mittleren Erwachsenenalter. Der Einfluss des Lebenserfolges und die Erfolgsdeutung auf die Lebenszufriedenheit ehemaliger Gymnasiasten zwischen dem 30. und 43.Lebensjahr. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 4, 207-217

Meyer, W.-U. (1973). Leistungsmotivation und Ursachenerklärung von Erfolg und Misserfolg. Stuttgart: Klett

Miketta, G., Gottschling, C., Wagner-Roos, L. & Gibbs, N. (1995). Die neue Erfolgsformel: EQ. Focus, 41, 194-202

Miller, S. & Mangan, C.E. (1983). Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecological stress: When should the doctor tell all? Journal of Personality and Social Psychology, 45, 223-236

Mischel, W. (1977). On the future of personality measurement. American Psychologist, 32, 246-254

Mittag, W. & Hager, W. (2000). Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmassnahmen. In W. Hager, J.L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), Handbuch Evaluation psychologischer Interventionsmassnahmen. Standards und Kriterien (S. 102-128). Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber

Mittag, O., Horres-Sieben, B., Maurischat, C. & China, C. (2000). Koronare Herzerkrankung bei Frauen und Männern: Geschlechtsspezifische Unterschiede und Konsequenzen für die Rehabilitation(sforschung). Übersichtsartikel. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 13 (51), 62-71

Mittag, W. & Jerusalem, M. (1997). Evaluation von Präventionsprogrammen. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch (2. Auflage, S. 595-622). Göttingen: Hogrefe

Mönks, F.J., Hartup, W.W. & de Wit, J. (1972). Determinants of Behavioral Development. New York: Plenum Press

Mohr, G. (1997). Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit. Frankfurt: Lang

Mohr, G. (2001). Langzeiterwerbslosigkeit. In J. Zempel, J. Bacher & K. Moser (Hrsg.), Erwerbslosigkeit - Ursachen, Auswirkungen und Interventionen (S. 111-132). Opladen: Leske +Budrich

Mohr, G. & Frese, M. (1981). In A. Wacker (Hrsg.), Vom Schock zum Fatalismus? (2. Auflage, S. 179-193). Frankfurt: Campus

- Moser, K. (1986). Repräsentativität als Kriterium psychologischer Forschung. Archiv für Psychologie, 138, 139-151
- Müller-Fahrnow, W. & Löffler, H.E. (1989). Die Rehabilitationsverlaufsstatistik – Teil II: Die Sozialmedizinische Prognose. Deutsche Rentenversicherung, 3, 170 - 207
- Mumford, E. (1985). The responses of patients to medical advice. In R.C. Simons (Eds.), Understanding human behavior in health and illness (pp. 38-47). Baltimore: Williams & Wilkins
- Murer, E. & Stauffer, H.-U. (Hrsg.) (1997). Bundesgesetz über die Invalidenversicherung. Reihe: Rechtssprechung des Bundesgerichtes zum Sozialversicherungsrecht. Zürich: Schulthess Polygraphischer Verlag
- Murphy, G.C. & Athanasou, J.A. (1999). The effect of unemployment on mental health. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 72, 83-99
- Mutz, G., Ludwig-Mayerhofer-Koenen, E.J., Eder, K. & Bonss, W. (1995). Diskontinuierliche Erwerbsverläufe. Analyse zur postindustriellen Arbeitslosigkeit. Opladen: Leske & Budrich
- Myrtek, M. (1985). Stress und Typ-A-Verhalten, Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit? Eine kritische Bestandesaufnahme. Psychotherapie und medizinische Psychologie, 35, 54-61
- Myrtek, M. (1999). Psychophysiologische Reaktivität, Stress, Typ-A-Verhalten und Feinseligkeit als Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 20, 89-119
- Nerdinger, F.W. (1995). Motivation und Handeln in Organisationen. Stuttgart: Kohlhammer
- Nesse, R.M. & Williams, G.C. (1997). Warum wir krank werden. Die Antworten der Evolutionsmedizin. München: Beck
- Neuberger, O. (1974). Messung der Arbeitszufriedenheit. Stuttgart: Kohlhammer
- Nisbett, R.E. & Wilson, T.D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. Psychological Review, 84, 231 - 259
- Nitsch, J.R. (1981). Stress, Theorien, Untersuchungen, Massnahmen. Bern: Huber
- Nowara, S. & Bormann, M. (1996). Zur Situation der Frauen in Deutschland. Tübingen: dgvt-Verlag
- Ormel, J. & Wohlfarth, T. (1991). How neuroticism, long-term difficulties, and life situation change influence psychological distress: A longitudinal model. Journal of Personality and Social Psychology, 60, 744-755

- Ott, N. (1993). Zum Rationalverhalten familialer Entscheidungen. In: C. Born & H. Krüger (Hrsg.), Erwerbsverläufe von Ehepartnern und die Modernisierung weiblicher Lebensverläufe (S. 25-51). Weinheim: Deutscher Studienverlag
- Parkes, C.M. & Weiss, R.S. (1983). Recovery from bereavement. New York: Basic Books
- Parry, G. (1986). Paid Employment, Life Events, Social Support and Mental Health in Working-Class Mothers. Journal of Health and Social Behavior, 27, 193-208
- Patry, J.L. (1989). Evaluationsstudien zu Forschungszwecken: Ein Beispiel von 'kritischem Multiplizismus'. Unterrichtswissenschaft, 17, 359-374
- Patry, J.L. (1991). Der Geltungsbereich sozialwissenschaftlicher Aussagen. Das Problem der Situationsspezifität. Zeitschrift für Sozialpsychologie, 22, 223-244
- Patry, J.L. & Perrez, M. (2000). Theorie-Praxis-Probleme und die Evaluation von Interventionsprogrammen. In W. Hager, J.L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), Handbuch Evaluation psychologischer Interventionsmassnahmen (S. 19-40). Bern, Göttingen: Hans Huber
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21
- Pelzmann, L. (1987). Das Stress-Management arbeitsloser Menschen. Klagenfurt: Unveröffentlichtes Manuskript
- Perle McKenna, E. (1997). Wenn Arbeit nur noch Arbeit ist. Frauen, Beruf und Identität. München, Zürich: Kreuz
- Pernice, R. (1996). Methodological issues in unemployment research: Quantitative and/or qualitative approaches? Journal of Occupational and Organizational Psychology, 69, 339-349
- Perrez, M. (1982). Ziele der Psychotherapie. In: R. Bastine, P.A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), Grundbegriffe der Psychotherapie (S. 459-463). Weinheim: Edition Psychologie
- Perrez, M. (1998). Prävention und Gesundheitsförderung. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), Lehrbuch Klinische Psychologie (2. Auflage, S. 366-391). Bern: Huber
- Perrez, M. (1998b). Wissenschaftstheoretische Grundlagen der klinisch-psychologischen Intervention: in: U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), Lehrbuch Klinische Psychologie (2. Auflage, S. 46-62). Bern: Huber
- Petermann, F. & Koch, U. (1998). Rehabilitationsforschung – Welchen Beitrag kann die Gesundheitspsychologie leisten? Zeitschrift Gesundheitspsychologie, 6, 151-156
- Pietrzyk, U. (2001). Zusammenhang zwischen Arbeit und Kompetenzerleben. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 1, 2-14
- Plassmann, R. & Färber, K. (1995). Rentenentwicklung bei psychosomatisch Kranken. Rehabilitation, 34, 23-27



Plomin, R., DeFries, J.C. & Loehlin, J.C. (1977). Genotype environment interaction and correlation in the analysis of human behavior. Psychological Bulletin, 84, 309-322

Plomin, R., Lichtenstein, P., Pedersen, N.L., McClean, G.E. & Nesselroade, J.R. (1990). Genetic influence on life events during the last half of the life span. Psychology and Aging, 5, 25-30

Polenz, W. & Becker, P. (1997). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der habituellen körperlichen Gesundheit im Betrieb. Trierer psychologische Berichte, Band 24, Heft 2

Pommer, W. & Broda, M. (1985). Der Stand der psychosozialen Betreuung chronisch Nierenkranker in der BRD und West-Berlin. Nieren- und Hochdruckkrankheiten, 14, 462-468

Price, V.A. (1982). What is Type A? A cognitive social learning model. Journal of Occupational Behaviour, 3, 109-129

Prinz, K. (1997). Versicherungsverläufe von Frauen und Männern der Geburtsjahrgänge 1931 bis 1960. Deutsche Rentenversicherung, 3-4/97, 220-241

Quack, S. (1993). Dynamik der Teilzeitarbeit. Implikationen für die soziale Sicherung von Frauen. Berlin: edition sigma

van Queckelberghe, R. & van Eickels, N. (1982). Handlungstheorie und psychotherapeutische Problemanalyse. EWH Landau

Radley, A. (1994). Making sense of illness. London: Sage

Ravens-Sieberer, U. Bettge, S., Wewel, A., Kuhlmann, G., Angerer, W. & Bullinger, M. (2001). Veränderungsmessung von subjektiven Outcome-Parametern in der Rehabilitation chronischkranker Kleinkinder und ihrer Mütter. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), 10. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 12. bis 14. März 2001 in Halle/Saale (DRV-Schriften, Bd. 26, S. 444-446).

Reicherts, M. & Pihet, S. (2000). Young adults coping with stressful situations: A micro-analysis of adequate coping and well-being. Swiss Journal of Psychology, 59, 303-316

Richter, P. & Schmidt, C.F. (1988). Arbeitsanforderungen und Beanspruchungsbewältigung bei Herzinfarkt-Patienten – ein tätigkeitspsychologischer Diagnostikansatz. In H. Schröder und J. Guthke (Hrsg.), Fortschritte der klinischen Persönlichkeitspsychologie und klinischen Psychodiagnostik (S. 158-195). Leipzig: Johann Ambrosius Barth

Richter, P., Rudolf, M. & Schmidt, Ch. F. (1996). Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung (FABA). Frankfurt: Swets & Zeitlinger B.V., Swets Test Services

Riegel, K. (1972). The changing individual in the changing society. In F.J. Mönks, W.W. Hartup & J. de Wit (Hrsg.), Determinants of Behavioral Development (S. 239-258). New York: Plenum Press

Röckelein, E. (2001). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung und Bedeutung geschlechtsspezifischer Rehabilitationsforschung. In U. Worringer & Chr. Zwingmann (2001), Rehabilitation weiblich - männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung (S. 39-54). Weinheim und München: Juventa

Röckelein, E. (1998). Rehabilitationsleistungen: Zugang und Inanspruchnahme durch Frauen am Beispiel der Gesetzlichen Rentenversicherung. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 11 (43), 18-24

Rosahl, S.K., Tennigkeit, M., Kuhl, J. & Haschke, R. (1993). Handlungskontrolle und langsame Hirnpotentiale: Untersuchungen zum Einfluss subjektiver kritischer Wörter (Erste Ergebnisse). Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 2, 1-8

Rosch, E. (1995). Cognitive reference points. Cognitive Psychology, 1, 532-547

Rosenstiel, L. v. (2001). Die Bedeutung von Arbeit. In H. Schuler (Hrsg.), Lehrbuch der Personalpsychologie (S. 15-42). Göttingen: Hogrefe

Rosenstiel, L. v. & Nerdinger, F. (2000). Die Münchner Wertestudie – Bestandesaufnahme und (vorläufiges Resümee). Psychologische Rundschau, 51, 146-157

Rosenstiel, L. v., Lang-von Wins, T. & Sigl, E. (Hrsg.) (1997). Perspektiven der Karriere. Stuttgart: Schäffer-Pöschel

Rossi, P.H., Freeman, H.E. & Hofmann, G. (1988). Programm-Evaluation: Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung. Stuttgart: Enke

Rousseau, D.M., Sitkin, S.B., Burt, R.S. & Camerer, C. (1998). Not so different after all: A crossdiscipline view of trust (Introduction to special topic forum). Academy of Management Review, 23, 393-404

Rüth, W. (1976). Ursachen vorzeitiger Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Göttingen: Otto Schwarz & Co.

Sandweg, R.C., Sänger-Alt, C.A. & Rudolfstein, F. (1992): Psychopathologischer Befund und Behandlungsergebnisse bei Rentenantragsstellern. ZS Nervenarzt, 63, 359-544

Sanders, J.S. & Suls, J. (1982). Social psychology of health and illness. Hillsdale: Erlbaum

Savickas, M.L. & Spokane, A.R. (1999). Vocational Interests: Meaning, Measurement and Counselling Use. Palo Alto CA: Davies-Black Publishing

Scarr, S. & McCartney, K. (1983). How people make their own environments. A theory of genotype-environment effects. Child Development, 54, 424-435

Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (1996). AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Manual. Frankfurt: Swets Test Services

Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (1999). Handanweisung zur Persönlichkeitsdiagnostik in Situationen. Handanweisung. Frankfurt: Swets Test Services

Schaefer, J.A. & Moos, R.H. (1992). Life crises and personal growth. In B.N. Carpenter (Ed.), Personal coping theory, research and application (pp. 149-170). Westport: Praeger

Schaubroeck, J. & Fink, L.S. (1998). Facilitating and inhibiting effects of job control and social support on stress out-comes and role behavior: a contingency model. Journal of Organizational Behavior, 19, 127-195

Schaubroeck, J. & Merrit, D.E. (1997). Divergent effects on job control on coping with work stressors: The key role of self efficacy. Academy of Management Journal, 40, 738-754

Schaufeli, C. & Enzmann, D. (1998). The burnout companion to study and practice: A critical analysis. London: Taylor & Francis

Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. Health Psychology, 4, 219-247

Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1987). Dispositional Optimism and physical wellbeing: The influence of generalized outcome expectancies on health. Journal of Personality, 55, S. 169-210

Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. Cognitive Therapy and Research, 16, 2, 201-228

Schein, E.H. (2003). Prozessberatung für die Organisation der Zukunft. Der Aufbau einer helfenden Beziehung. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie - Organisation

Schley, W. (2001). Forschung im Spannungsfeld von Politik und Lebenswelt. In: K. Aregger, R. Hofer & W. Schley (Hrsg.), Forschung Heilpädagogik: Ausbildungsinstitute im Dialog (S. 17-42). Aarau: Bildung Sauerländer

Schmidt, J. (1991). Evaluation einer psychosomatischen Klinik. Frankfurt a.M.: Verlag für akademische Schriften

Schmidt, B., Kolip, P. & Greitenmann, B. (2000). Geschlechtsspezifische Unterschiede in Risiken und Versorgung der koronaren Herzerkrankung. Zeitschrift für Kardiologie, 87, 528-536

Schmidt-Denter, U. (1987). Kognitive und sprachliche Entwicklungsförderung im Vorschulalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), Entwicklungspsychologie (2. Auflage, S. 814-853). München: Psychologie Verlags Union

Schmitz, U., Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (1999). Persönlichkeit und Lebensereignisse: Prädikative Beziehungen. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 4, 147-156

Schönpflug, W. (1987). Beanspruchung und Belastung bei der Arbeit – Konzepte und Theorien. Enzyklopädie der Psychologie, Serie III: Wirtschafts- und

Organisationspsychologie, Band 1. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), Arbeitspsychologie (S. 130-184). Göttingen: Hogrefe

Schott, T. (1996). Reha vor Rente? Zur Bedeutung der persönlichen Einstellung für die Wiederaufnahme der Arbeit. In T. Schott, B. Badura, H.-J. Schwager & P. Wolters (Hrsg.), Neue Wege in der Rehabilitation (S. 182-194). Weinheim: Juventa

Schroebe, W. & Schroebe, A. (1998). Gesundheitspsychologie - ein sozialpsychologischer Ansatz. Frankfurt a.M.: Dietmar Klotz-Verlag

Schröder, H. (1992). Emotionen - Persönlichkeit - Gesundheitsrisiko. Psychomed, 4, 81-85

Schröder, H. (2000). Männer und Frauen in der Rehabilitation. Zeitschrift für medizinische Psychologie, 1, 37-41

Schüssler, G. (1993). Bewältigung chronischer Krankheiten. Konzepte und Ergebnisse. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht

Schuler, H. (2000). Psychologische Personalauswahl. Einführung in die Berufseignungsdiagnostik. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie

Schuler, H. (2001). Lehrbuch der Personalpsychologie. Göttingen: Hogrefe

Schulze Buschoff, K. (1995). Familie und Erwerbsarbeit in der Bundesrepublik. Rückblick, Stand der Forschung und Design einer Lebensformtypologie. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialordnung

Schulz-Hardt, St. & Frey, D. (1997). Gelernte Sorglosigkeit und umweltbewusstes Verhalten am Beispiel Müllvermeidung. In R. Weitkunat, J. Haisch & M. Kessler (Hrsg.), Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik (S. 399-410). Bern: Huber

Schunk, D.H. (1990). Goal setting and self-efficacy during self-regulated learning. Educational Psychologist, 25, 71-86

Schuntermann, M.F. (1988). Die Bedeutung der psychiatrischen Krankheiten im Berentungsgeschehen wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. In M. Zielke, J. Sturm & N. Mark (Hrsg.), Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategie und soziale Wirklichkeit (S. 93-122). Dortmund: Verlag modernes Lernen

Schuntermann, M.F. (1996). Epidemiologie der Krankheitsfolgen. In H. Delbrück & E. Haupt (Hrsg.), Rehabilitationsmedizin (S. 3-14). München: Urban und Schwarzenberg

Schuntermann, M.F. (1999). Behinderung und Rehabilitation: Die Konzepte der WHO und des deutschen Sozialrechts. Die neue Sonderschule. Zeitschrift für Theorie und Praxis der pädagogischen Rehabilitation, 44(5), 342-363

Schwarzer, R. (1990). Gesundheitspsychologie: Eine Einführung in das Thema. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie - Ein Lehrbuch (S. 3-20). Göttingen: Hogrefe

Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe

- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1992). Social support and mental health: A conceptual and empirical overview. In L. Montada, S.H. Filipp, & M.J. Lerner (Eds.), Life crises and experiences of loss in adulthood (pp. 223-279). Hillsdale: Erlbaum
- Schwarzer, R. (2000). Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe
- Schwarzer, R. (1996). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe
- Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter SAEB (1996). Behindert – was tun? Das Handbuch zu Rechtsfragen. Zürich: Unionsverlag
- Scriven, M. (1967). The methodology of evaluation. In R.W. Tyler, R.M. Gagné & M. Scriven (Eds.), Perspectives of curriculum evaluation (pp. 39-83). Chicago: RandMcNally
- Scriven, M. (1972). Die Methodologie der Evaluation. In C. Wulf (Hrsg.), Evaluation, Beschreibung und Bewertung von Unterricht, Curricula und Schulversuchen (S. 60-91). München: Piper
- Scriven, M. (1991) Evaluation thesaurus (4<sup>th</sup> ed.). Newbury Park, CA: Sage
- Seifert, K.H. (1988). Berufswahl und Laufbahnentwicklung. In D. Frey, C. Graf Hoyos & D. Stahlberg (Hrsg.), Angewandte Psychologie – Ein Lehrbuch (S. 188-204). Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Seligman, M. (1995). Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Semmer, N. (1996). Individual differences, work stress and health. In M.J. Schabracq, J.A. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), Handbook of work and health psychology (pp. 51-86). Chichester: Wiley
- Semmer, N. & Udris, I. (1996). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler (Hrsg.), Lehrbuch Organisationspsychologie (S. 133-165). Bern: Huber
- Semmer, N. & Moor, G. (2001). Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung. Psychologische Rundschau, 52, 150-158
- Shanfield, S.B. (1990). Return to work after an acute myocardial infarction: A review. Heart Lung, 19, 109-117
- Siegrist, J. & Matschinger, H. (1988). Distress-Karriere und koronares Risiko (S. 87-99). In B.F. Klapp & B. Dahme (Hrsg.), Jahrbuch der medizinischen Psychologie 1 (S. 87-99). Berlin: Springer
- Siegrist, J. (1991). Contributions of sociology to the prediction of heart disease and their implications for public health. European Journal of Public Health, 1, 10-21
- Siegrist, J. (1996). Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe



Sieverding, M. (1994). Frauen und psychische Gesundheit. Die Rolle ‚männlicher und ‚weiblicher‘ Persönlichkeitseigenschaften. In U. Nuber (Hrsg.), Bin ich denn verrückt?! Was Psychotherapie für Frauen leistet – und was nicht (S. 13-19). Zürich: Kreuz

Silveira, E.R. & Ebrahim, S. (1998). Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in east London. International Journal of Geriatric Psychiatry, 3, 801-812

Skinstad, A.H., Troland, J. & Mortensen, K.A. (1999). Rorschach responses in Borderline Personality Disorder with Alcohol Dependence. European Journal of Psychological Assessment, 2, 133-142

Smith, E.R. & Miller, F.D. (1978). Limits on perception of cognitive processes: A reply to Nisbett & Wilson. Psychological Review, 85, 355-362

Snyder, M. (1981). On the influence of individuals on situations. In N. Cantor & J. Kihlstrom (Eds.), Cognition, social interaction and personality (pp. 309-329). Hillsdale, NJ: Erlbaum

Sommer, J.H. & Höpflinger, F. (1989). Wandel der Lebensformen und soziale Sicherheit in der Schweiz. Forschungsstand und Wissenslücken. Chur, Zürich: Rüegger

Sommer, K.L. & Baumeister, R.F. (2000). The construction of meaning from life events: empirical studies of personal narratives. In T.P. Wong & P.S. Fry (Eds.), The human quest of meaning. A handbook of psychological research and clinical applications (pp. 143-161). Mahwah NJ: Erlbaum

Sonnentag, S. (1996). Arbeitsbedingungen und psychisches Befinden bei Frauen und Männern. Eine Metaanalyse. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 40, 118-126

Sozialgesetzbuch III (2002). Teilabdruck in D.H. Dau, F.J. Düwell & H. Haines (Hrsg.), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Lehr- und Praxiskommentar (LPK - SGB IX). Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft

Sozialgesetzbuch IX (2002). In D.H. Dau, F.J. Düwell & H. Haines (Hrsg.), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Lehr- und Praxiskommentar (LPK - SGB IX). Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft

Speisman, J.C., Lazarus, R.S., Mordkoff, A. & Davidson, L. (1964) Experimental reduction of stress based on ego-defense theory. Journal of Abnormal and Social Psychology, 68, 367-380

Staudinger, U.M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. Psychologische Rundschau, 4, 185-197

Staudinger, U.M., Fleeson, W. & Baltes, P. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being during midlife: Similarities and differences between the U.S. and Germany. Journal of Personality and Social Psychology, 76, S. 305-319

Steinke, J. (1999). Kriterien qualitativer Forschung. München: Juventa

- Stengel, M. (1997). Psychologie der Arbeit. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Steptoe, A. & Vögele, C. (1991). Are stress responses influenced by cognitive appraisal? British Circulation, 83 (4, Suppl. II), 14-24
- Sternberg, R.J. (1983). Criteria for intellectual skills training. Educational Researcher, 13(2), 6-12
- Stevens, A. & Förster, K. (1995). Diagnostik und Umgang mit neurotischen Arbeitsstörungen (vor dem Rentenantrag). Nervenarzt, 66, 811-819
- Stief, M. (2001). Selbstwirksamkeitserwartungen, Ziele und Berufserfolg: Eine Längsschnittstudie. Aachen: Shaker
- Stock, w.A. & Okrun, M.A. (1982). The construct validity of life satisfaction among the elderly. Journal of Gerontology, 37, 625-627
- Streckeisen, U. (1990). Arbeitsräume von Frauen: Zwischenräume der Gesellschaft. Zur Problematik biografischer Übergänge. Dissertation Uni Bern
- Strehmel, P. (1981). Längsschnittmethodologie in der empirischen Pädagogik und Pädagogischen Psychologie. Unveröffentl. Magisterarbeit, Universität München
- Stroebe, W. & Stroebe, M.S. (1998). Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe
- Strub, S. & Bauer, T. (2002). Wie ist die Arbeit zwischen den Geschlechtern verteilt? Eine Untersuchung zur Aufteilung von unbezahlter und bezahlter Arbeit in Familien in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS
- Suls, J., David, J.P. & Harvey, J.H. (1996). Personality and coping. Three generations of research. Journal of Personality, 64, 711-735
- Taylor, S.E. & Armor, D.A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. Journal of Personality, 64, 873-898
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R. & Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs in control and adjustment to breast cancer. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 489-502
- Taylor, A.G., Lorentzen, L.J. & Blank, M.B. (1990). Psychotic distress of chronic pain sufferers and their spouses. Journal of Pain and Symptom Management, 5, 6-10
- Taylor, S.E., Repetti, R.L. & Seeman, T. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? Annual Review of Psychology, 48, 411-477
- Taylor, S.E. (1991). Asymmetric effects of positive and negative events: The mobilization-minimization hypothesis. Psychological Bulletin, 110, 67-85
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1995). Trauma and transformation. Growing in the aftermath of suffering. London: Sage

Theorel, T. & Karasek, R. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. Journal of Occupational Health Psychology, 1, 9-26

Thoits, G. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. American Sociological Review, 48, 174-178

Thomas, R. (1991). Berufliche Umschulung – Wege zum Abbruch und Abschluss. Eine empirische Analyse psychischer Reaktionen auf Stress bei Frauen. Frankfurt: Fischer

Thomae, H. (1968). Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie. Göttingen: Hogrefe

Thomae, H. (1983). Enzyklopädie der Psychologie. Serie Motivation und Emotion: Band 1. Theorien und Formen der Motivation. Göttingen: Hogrefe

Tomaszewski, T. (1978). Tätigkeit und Bewusstsein. Weinheim: Beltz

Tunstall-Pedoe, H., Kuulasmaa, K., Mahonen, M., Tolonen, H., Ruokokoski, E. & Amouyel, P. (1999). Contribution of trends in survival and coronary-event-rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Populations. The Lancet, 353, 1547-1557

Turner, J.B., Kessler, J.C. & House, R.S. (1991). Factors facilitating adjustment to unemployment: Implications for Intervention. American Journal of Community Psychology, 19, 521-542

Udris, I. (1987). Arbeitslosigkeit: Psychosoziale Kosten und individuelle Kompetenzen. In W. Bierter, S. Hagemann, R. Levy, I. Udris & E. Walter-Busch (Hrsg.), Zukunft der Arbeit – ein theoretischer Bezugsrahmen mit Materialien (S. 244-275). Unveröffentlichtes Manuskript. Lausanne

Udris, I. (1990). Organisationale und personale Ressourcen der Salutogenese – Gesund bleiben trotz oder wegen Belastung? Zeitschrift für die gesamte Hygiene, 36, 453-455

Ulich, D., Hauser, K., Mayring, Ph., Strehmel, P., Kandler, M. & Degenhardt, B. (1985). Psychologie der Krisenbewältigung. Eine Längsschnittuntersuchung mit arbeitslosen Lehrern. Weinheim: Beltz

Ulich, D. (1987). Krise und Entwicklung. Zur Psychologie der seelischen Gesundheit. München: Psychologie Verlags Union

Ulich, E. (1992). Lern- und Entwicklungspotential in der Arbeit. Beiträge der Arbeits- und Organisationspsychologie. In K.H. Sonntag (Hrsg.), Personalentwicklung in Organisationen (S. 107-132). Göttingen: Hogrefe

Ullrich, E. (2001). Doppelte Benachteiligung von Frauen überwinden. Bundesarbeitsblatt 2001, 16

Verbrugge, L.M. (1990). Pathways of health and death. In R. D. Apple (Ed.), Women, health and medicine in America. A historical handbook (pp. 41-49). New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press

Vinokur, A.D., Price, R.D. & Schul, Y. (1995). Impact of the JOBS intervention on unemployment workers varying in risk for depression. American Journal of Community Psychology, 23, 39-74

Vinokur, A.D., Price, R.D. & Caplan, R.D. (1996). Hard times and hurtful partners: How financial strain affects depression and relationship satisfaction of unemployed persons and their spouses. Journal of Personality and Social Psychology, 71, 166-179

Vinokur, A.D., Schul, Y., Vuori, J. & Price, R.H. (2000). Two years after a job loss: long-term impact of the JOBS program on reemployment and mental health. Journal of Occupational Health Psychology, 5, 32-47

Vogel, H., Worringer, U. & Benecke, A. (1998). Heisse Luft oder die Spitze eines Eisberges? Die Frage der Geschlechtsspezifität in der Rehabilitationsforschung - Einführung in den Themenschwerpunkt. Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 10 (40), 3-5

Vogt, I. (1983). Frauen als Objekte der Medizin: Das Frauensyndrom. Leviathan, 11, 161-199

Vogt, I. (1985). Weibliche Leiden - männliche Lösungen. Zur Medikalisierung von Frauenproblemen. In A. Franke & I. Jost (Hrsg.). Das Gleiche ist nicht dasselbe - zur subkutanen Diskriminierung von Frauen (S. 32-47). Tübingen: dgvt-Verlag

Volpert, W. (1990). Verantwortbare Aufgabengestaltung für informatikgeprägte Arbeitsplätze. G1, 20. Jahrestag, Informatik auf dem Weg zum Anwender. Stuttgart: Proceedings

Vossel, G. (1987). Stress conceptions in life event research: Toward a person centered perspective. European Journal of Personality, 1, 123-140

Wacker, A. & Kolobkova, A. (2000). Arbeitslosigkeit und Selbstkonzept – ein Beitrag zu einer kontroversen Diskussion. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 2, 69-82

Wall, T.D., Jackson, P.R., Mullarkey, S. & Parker S.K. (1996). The demands-control model of job strain: A more specific test. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 69, 153-166

Walker, L.O. & Best, M.A. (1991). Well-being of Mothers with Infant Children: A Preliminary Comparison of Employed Women and Homemakers. Women and Health, 17, 71-89

Walschburger, P. (1990). Biopsychologische Aspekte der Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (S. 85-119). Göttingen: Hogrefe

Walsh, W. B. (1999). What We Know and Need to Know. In M.L. Savickas & A.R. Spokane, Vocational Interests: Meaning, Measurement and Counseling Use. Palo Alto CA: Davies-Black Publishing (S. 371-381)

Wanberg, C.R. (1997). Antecedents and outcomes of coping behavior among unemployed and reemployed individuals. Journal of Applied Psychology, 82, 731-744

- Wanberg, C.R., Watt, J.D. & Rumsey, D.J. (1996). Individuals without jobs: An empirical study of job-seeking behavior and reemployment. Journal of Applied Psychology, 81, 76-87
- Wanberg, C.R., Kanfer, R. & Rotundo, M. (1999). Unemployed individuals: Motives, job-search competencies and job-search constraints as predictors of job seeking and reemployment. Journal of Applied Psychology, 84, 897-910
- Wanberg, C.R., Kanfer, R. & Banas, J.T. (2000). Predictors and outcomes of networking intensity among unemployed job seekers. Journal of Applied Psychology, 85, 491-503
- Warr, P.B. & Jackson, P. (1985). Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and re-employment. Psychological Medicine, 15, 795-807
- Warr, P.B. & Parry, A. (1982). Paid employment and women's psychological well-being. Psychological Bulletin, 91, 498-516
- Warr, P.B. (1990). Decision latitude, job demands and employee well-being. Work and Stress, 4, 285-294
- Warr, P.B. (1999). Well-being and the workplace. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), Well-Being: The foundation of hedonic psychology (S. 39-412). New York: Russell Sage Foundation
- Wasilewski, R., Fassmann, H., Passenberger, W. (1984). Frühinvalidisierung. Ergebnisse einer Untersuchung in Baden-Württemberg. Stuttgart: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung
- Weber, H. (1990). Belastungsverarbeitung. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 21, 17-27
- Wethington, E. & Kessler, R.C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. Journal of Health and Social Behavior, 31, 103-121
- Weidemann, H. & Elsässer, D. (1994). Prognostische Bedeutung funktionsdiagnostischer und sozialer Parameter für die berufliche Wiedereingliederung Herzkranker. ZS Versicherungsmedizin, 4, 129-131
- Weinert, A.B. (1987). Lehrbuch der Organisationspsychologie. München: Urban & Schwarzenberg
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. Journal of Personality and Social Psychology, 39, 806-820
- White, P. (1980). Limitations on verbal reports of internal events: A refutation of Nisbett & Wilson and of Bem. Psychological Review, 87, 105-112
- Weiss, J. (1999). Stressbewältigung und Gesundheit. Die Persönlichkeit in Partnerschaft, Familie und Arbeitsleben. Bern: Huber
- Wessels, M.G. (1994). Kognitive Psychologie. Stuttgart: UTB (Harper & Row)



- Wiedermann, A., Busjahn, A., Heinrich, B., Listing, J., Mueller, W. & Richter-Heinrich, E. (1994). State versus action orientation after failure: Prevalence of coping strategies and related personality factors in two groups of hypertensives. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), Volition and personality: Action versus state orientation (S. 267-280). Seattle/Göttingen: Hogrefe
- Wille, G. & Müller-Fahrnow, W. (1991). Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten bei Angestellten und Arbeitern unter besonderer Berücksichtigung von Berufe, Krankheiten und medizinischer Rehabilitation. Zeitschrift für das gesamte Versicherungswesen, 3/4, 421-444
- Wikander, U. (1998). Von der Magd zur Angestellten. Macht, Geschlecht und Arbeitsteilung 1789–1950. Frankfurt a.M.: Fischer
- Wildemann, U. (1992). Flexibel oder Flexibilisiert? Chancen und Fallen der Teilzeitarbeit von Frauen. Zürich: efef
- Williamson, O.E. (1993). Calculativeness, trust and economic organization. Journal of Law and Economics, 30, 131-145
- Willits, F.K. & Crider, D.M. (1988). Health rating and life satisfaction in the later middle years. Journal of Gerontology, 143, 172-176
- Wittmann, W.W. (1990). Antragsverhalten hinsichtlich Berentung wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (Abschlussbericht). Frankfurt a.M.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
- Worringen, U. (1998). Geschlechtsspezifische Aspekte der Rehabilitationsbedürftigkeit in der medizinischen Rehabilitation - Eine Re-Analyse der IRES-Daten. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 11(43), 32-36
- Worringen, U. & Zwingmann, Chr. (Hrsg.) (2001). Rehabilitation weiblich – männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Worringen, U. & Zwingmann, Chr. (2001). Zur Einführung: Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung in Deutschland. In U. Worringen & Chr. Zwingmann (2001), Rehabilitation weiblich - männlich. Geschlechtsspezifische Rehabilitationsforschung (S. 13-36). Weinheim und München: Juventa Verlag
- Wottawa, H. & Thierau, H. (1998). Lehrbuch Evaluation. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Wyder, H., Kolip, P. & Abel, Th. (Hrsg.) (2000). Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Juventa Materialien: Weinheim & München
- Wyer, R.S. & Carlston, D. (1979). Social cognition, inference and attribution. Hillsdale, N.Y.: Erlbaum
- Zapf, D., Dormann, C. & Frese, M. (1996). Longitudinal studies in organizational stress research. A review of the literature with reference to methodological issues. Journal of Occupational Health Psychology, 1, 145-169

Zempel, J. & Frese, M. (1997). Arbeitslose: Selbstverantwortung überwindet die Lethargie. Psychologie heute, 24, 35-41

Zempel, J. & Frese, M. (2000). Prädiktoren der Erwerbslosigkeit und Wiederbeschäftigung. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 3, 379-390

Zielke, M. (1995). Arbeitsbelastungen und Krankheitsverläufe bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 32, 271-281

Zippay, A. (1995). Tracing behavioral changes among discouraged workers: What happens to the work ethic? Psychological Reports, 76, 531-543

Zuckerman, M. (1979). Sensation-seeking Beyond the optimal level of arousal. Hillsdale, NJ: Erlbaum